Rôle du réseau social dans la trajectoire thérapeutique des adolescents vivant des difficultés liées à leur consommation de substances psychoactives

Mémoire

Geneviève Demers-Lessard

Maîtrise en service social
Maître en service social (M. Serv. Soc)

Québec, Canada

© Geneviève Demers-Lessard, 2014

Résumé

Ce projet de recherche de type exploratoire étudie le rôle du réseau social dans la trajectoire thérapeutique des adolescents aux prises avec des difficultés liées à leur consommation d'alcool ou de drogues. Il s'intéresse à l'influence du réseau social sur la demande d'aide et sur la persévérance en traitement. Ce rôle est exploré par 1) l'analyse secondaire de données collectées au sein du projet intitulé *Évaluation des mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie* (Tremblay et al., 2014) et 2) l'analyse de données recueillies spécifiquement pour cette étude. Au total neuf adolescents ayant fait une demande d'aide auprès d'un Centre de réadaptation en dépendance participant au projet ont été rencontrés en entrevues semi-structurées. Les analyses qualitatives du matériel collecté suggèrent que les membres significatifs du réseau social ont un rôle sur la trajectoire thérapeutique des adolescents au sein des services spécialisés en dépendance. Leurs impacts peuvent être positifs ou négatifs.

Table des Matières

Résumé ____ *iii*

Table des Matières ____ *v*

Liste des tableaux ____ *ix*

Liste des figures ____ *xi*

Liste des abréviations et des sigles ____ *xiii*

Remerciements ____ *xv*

Introduction ____ *1*

Chapitre 1: Consommation de substances psychoactives à l'adolescence ____ *3*

Substances psychoactives ____ **3**

Prévalence ____ **3**

Consommation d'alcool ____ 4

Consommation de drogues ____ 5

Comportement de consommation et typologies ____ **6**

Conséquences négatives de la consommation de SPA ____ **9**

Modèles d'intervention en toxicomanie ____ **10**

Entretien motivationnel/thérapie cognitivo-comportementale 5 ou 12-séances ____ 11

Réseau de soutien familial ____ 12

Thérapie familiale multidimensionnelle ____ 13

Approche de renforcement par la communauté ____ 14

Chapitre 2: Trajectoire thérapeutique et réseau social ____ *17*

Trajectoire de demande d'aide ____ **17**

Barrières au processus de demande d'aide ____ 19

Facilitateurs au processus de demande d'aide ____ 21

Persévérance en traitement ____ **23**

Facteurs influençant la persévérance en traitement ____ 24

Facteurs personnels ____ 24

Facteurs liés aux relations interpersonnelles ____ 26

Réseau social ____ **28**

Soutien social ____ 28

Types de soutien social ____ 28

Sources de soutien social ____ 29

Dimensions du soutien social ____ 29

Comment mesurer l'appréciation subjective du soutien social? ____ 31

Chapitre 3: Méthode de recherche ____ *35*

Perspective épistémologique: le constructivisme ____ **35**

Approche qualitative 35
Type de recherche 36
Contexte de l'étude 36
Adolescents à l'étude 37
Stratégie de recrutement des participants 38
Mode de collecte de données 38
Analyse des données 39
Chapitre 4: Résultats *41*
Profils des répondants 41
Amélie 41
Béatrice 42
Cédric 44
Guillaume 45
Hélène 46
Marie 47
Olivier 48
Philippe 50
Simon 51
Description du réseau social (réseau informel) 53
Bref historique des relations d'aide reçues (réseau formel) 53
Pré demande d'aide – le contexte de consommation 55
Conséquences négatives de la consommation de SPA 56
Influence du réseau social sur la consommation 58
Famille 59
Amis 59
Professionnels 60
Vers une demande d'aide 60
Initiation de la demande d'aide 62
Intra - Accueil/Évaluation/Orientation (AÉO) au CRD 63
Objectifs initiaux de l'adolescent 63
Description - nature des services reçus 64
Post AÉO – services spécialisés en dépendance 65
Événements post-AÉO 65
Appréciation des services 66
Ce qui motive les adolescents à poursuivre les services 67
Ce qui motive les adolescents à arrêter les services 68
Nouvelle consommation 68
Diminution des conséquences vécues 70
Projections futures 71
Influence du réseau social sur la demande d'aide et la persévérance 72
Famille 73
Amis 75
Professionnels 77

Analyse des profils des participants 80

Chapitre 5: Discussion ***83***

Caractéristiques du réseau social 83

Contexte de la consommation pré demande d'aide 84

Motivation lors de la demande d'aide 85

Rôle du réseau social sur le processus de demande d'aide 86

Rôle du réseau social sur la persévérance en traitement 89

Modèles d'intervention en toxicomanie 90

Conclusion ***93***

Références ***97***

ANNEXE I: Formulaire de consentement, projet Évaluation des MAJT ***105***

ANNEXE II: Formulaire d'assentiment du jeune, projet de mémoire ***111***

ANNEXE III: Formulaire de consentement parental, projet de mémoire ***115***

ANNEXE IV: Lettre d'information envoyée aux parents ou au tuteur légal ***119***

ANNEXE V: Protocole de la première entrevue, projet Évaluation des MAJT ***121***

ANNEXE VI: Protocole de la deuxième entrevue, projet de mémoire ***125***

ANNEXE VII: Grille de codification ***127***

Liste des tableaux

Tableau 1. Profils des adolescents selon leur historique de relations d'aide reçues ... 54

Tableau 2. Profil des adolescents selon leur stade motivationnel ... 56

Tableau 3. Facteurs ayant incité les adolescents à s'ouvrir sur leurs difficultés vécues ... 61

Tableau 4. Trajectoire des adolescents dans les services spécialisés en dépendance ... 65

Tableau 5. Profils de consommation des adolescents en cours de trajectoire thérapeutique ou post-service ... 70

Tableau 6. Profil de consommation des adolescents au moment de la seconde entrevue ... 80

Liste des figures

Figure 1. Stades de la demande d'aide selon Power et ses collègues (2005) 17

Figure 2. Modèle de changement de Prochaska et Diclemente (1992).....18

Figure 3. Dimensions du soutien social selon Beauregard et Dumont (1996) 30

Figure 4. Processus d'engagement dans la démarche thérapeutique 32

Figure 5. Processus des Mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT) 37

Figure 6. Motivation des adolescents à entamer une demande d'aide 62

Liste des abréviations et des sigles

CCLT: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

CJ: Centre jeunesse

CLSC: Centre local de services à la communauté

CQLD: Centre québécois de lutte aux dépendances

CRD: Centre de réadaptation en dépendance

CSSS: Centre de la Santé et des Services sociaux du Québec

DPJ: Direction de la protection de la jeunesse

DSM-V: Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESCCAD: Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues

ISQ: Institut de la statistique du Québec

MAJT: Mécanismes d'Accès Jeunesse en Toxicomanie

MSSS: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

NA: Narcotiques Anonymes

NSSQ: *Norbeck Social Support Questionnaire*

SPA: Substances psychoactives

SS-A: *Social Support Appraisals Scale*

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

Le soutien et la collaboration de nombreux acteurs ont rendu possible la réalisation de ce projet de mémoire.

Un immense merci à M. Daniel Turcotte, de l'Université Laval et à M. Joël Tremblay, de l'Université du Québec à Trois-Rivières. En tant que co-directeurs de mémoire, ils ont su me guider et me conseiller judicieusement à chacune des étapes concrétisant ce projet de mémoire. Je remercie également M. Tremblay pour l'opportunité d'intégrer le mémoire au sein du projet de recherche *Évaluation des Mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie*.

D'autre part, je remercie le Centre de réadaptation en dépendance (CRD) de la Mauricie/Centre-du-Québec, le CRD de Québec, le CRD de Montréal et le CRD de l'Estrie qui ont accepté de participer au projet et qui ont procuré les environnements confidentiels nécessaires pour la réalisation des entrevues.

Une gratitude toute spéciale aux adolescents qui ont consenti à participer au projet. Ils se sont livrés sans limite sur leur vécu et leurs expériences personnelles, permettant la richesse du matériel recueilli et par ricochet la qualité de ce projet de mémoire.

D'autre part, je remercie l'ARUC *Trajectoires addictives et trajectoires de service: les personnes toxicomanes au carrefour de réseaux de prise en charge* et le CRD de Montréal, Institut universitaire (CRDM-IU) pour les bourses attribuées. Merci également à l'assistante de recherche Kelly Tremblay pour son travail.

Finalement, un très grand merci à l'ensemble de mon entourage, tant au travail que dans ma vie personnelle, qui a su me soutenir, m'encourager et croire en moi tout au long de la réalisation du projet de mémoire.

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé fait mention dans un communiqué paru en 2012 qu'« *environ 230 millions d'adultes dans le monde (âgés de 15 à 64 ans) […] ont consommé au moins une fois une drogue illicite en 2010; parmi eux, on compte 27 millions de personnes souffrant de graves problèmes de toxicomanie* ». Elle clame un meilleur accès aux soins en dépendance. Au Canada ainsi qu'au Québec, la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues justifie également le besoin d'un accès fluide aux soins spécialisés en dépendance, notamment pour les adolescents (ISQ, 2012; Santé Canada, 2012). Le besoin en services spécialisés en dépendance est criant, mais il est rassurant de constater que des modèles efficaces de traitement en dépendance pour les adolescents existent (Clark, MacNeill, Dennis, & Babor, 2002; Diamond et al., 2002; Liddle et al., 2001; Williams & Chang, 2000). Dans cette optique, il serait bénéfique pour un adolescent de s'engager dans une trajectoire thérapeutique. Pour cette raison, il est pertinent de se questionner sur les différents facteurs susceptibles de favoriser cet engagement. Comme l'adolescent évolue dans un environnement où il est en constantes interactions avec diverses personnes qui représentent son réseau social, il convient de se poser la question suivante:

Quel est le rôle du réseau social dans la trajectoire thérapeutique des adolescents vivant des difficultés liées à leur consommation de substances psychoactives ?

Ce projet de mémoire explore le rôle que peut exercer le réseau social. Il se décline en six chapitres. Le premier renseigne sur la consommation de substances psychoactives au cours de l'adolescence. Il présente les taux de prévalence actuels de la consommation d'alcool et de drogues chez cette population et explique les comportements de consommation. En plus, il précise les conséquences auxquelles les adolescents consommateurs s'exposent et il finalement présente divers modèles d'intervention qui ont été étudiés. Le deuxième chapitre place le lecteur au cœur du sujet du mémoire: la trajectoire thérapeutique. La demande d'aide et la persévérance en traitement, ainsi que le réseau social y sont décrits. Le troisième chapitre renseigne sur la méthode de recherche et le contexte dans lequel s'inscrit

ce projet. Le quatrième chapitre présente les résultats de recherche. Il réfère aux propos des adolescents concernant le contexte de consommation précédent leur demande d'aide, le déroulement de leur demande d'aide ainsi que leur suivi thérapeutique. Un intérêt tout particulier est porté sur le rôle de leur réseau social pendant ce processus. Par la suite, les résultats sont discutés, dans le cinquième chapitre, en lien avec l'état des connaissances sur les spécificités du réseau social, le contexte de consommation précédant la demande d'aide ainsi qu'en lien avec les facteurs influençant la trajectoire thérapeutique. En conclusion, les limites de l'étude sont présentées, des pistes d'action pour l'intervention jeunesse en dépendance sont proposées et des pistes pour de futures recherches sont avancées.

Chapitre 1: Consommation de substances psychoactives à l'adolescence

Les substances psychoactives (SPA) existent depuis la nuit des temps. L'existence de ces substances remonte à plusieurs milliers d'années et ce, dans toutes les cultures. Leur consommation est un phénomène universel à caractère polymorphe (Nadeau & Biron, 1998). Les SPA peuvent être utilisées dans différentes occasions et répondre à des besoins variés. Pour citer un exemple, elles peuvent être impliquées dans des rituels religieux ou dans des activités sociales festives. Leur offre diffère selon les productions agricoles locales et selon les cultures. La signification associée aux SPA n'est donc pas nécessairement négative et n'est pas toujours synonyme de problème. Explorons tout d'abord ce que sont exactement les substances psychoactives.

Substances psychoactives

L'alcool et les drogues sont les éléments centraux de ce projet de recherche, mais que sont-ils exactement? Ce sont des SPA, se rapportant au terme *psychotrope*. Un *psychotrope* est « *une substance qui agit sur le psychisme d'un individu en modifiant son fonctionnement mental. Il peut entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et certaines fonctions psychologiques* » (Léonard & Ben Amar, 2002). Selon le Centre québécois de lutte aux dépendances (CQLD), un psychotrope ou SPA peut provoquer des réactions somatiques variées, plus ou moins importantes (CQLD, 2006).

Prévalence

La consommation de SPA est répandue chez les jeunes québécois et chez les jeunes canadiens et canadiennes. Afin de témoigner de cette réalité, il convient d'examiner la consommation d'alcool et de drogues auprès de cette population. Il est important de préciser que les études québécoises réfèrent aux jeunes du secondaire, alors que les canadiennes réfèrent aux 15-24 ans, rendant ainsi les comparaisons imparfaites.

Consommation d'alcool

La consommation d'alcool semble apparaître tôt dans la vie des québécois. En 2012, l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011, menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), rapporte que 60% des jeunes fréquentant un établissement scolaire de niveau secondaire ont mentionné avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année. Cette proportion était croissante au cours des années du secondaire passant d'un peu plus du quart des élèves de secondaire un à 85% de ceux en secondaire cinq. L'expérience de consommation excessive d'alcool, mesurée par cinq consommations ou plus lors d'une même occasion, a quant à elle été vécue par environ 40% des élèves du secondaire, au cours de l'année précédant l'enquête (ISQ, 2012). Les proportions de consommateurs excessifs étaient croissantes au cours des années du secondaire passant de 12% en secondaire un à 68% en secondaire cinq (ISQ, 2012).

Malgré ces prévalences élevées, la comparaison avec les enquêtes antérieures menées par l'ISQ démontre une décroissance de la consommation d'alcool chez les élèves du secondaire entre 2000 et 2012. En 2000, 45,7% des jeunes de secondaire un et 90,9% des jeunes de secondaire cinq avaient consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois comparativement à 26% et 85% en 2012 (ISQ, 2000; ISQ, 2012).

La consommation d'alcool est également répandue chez les jeunes canadiens. Selon l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) de 2012 (Santé Canada, 2012), 70,0% des jeunes canadiens avaient consommé de l'alcool au cours de l'année précédant l'enquête. L'âge moyen de la première consommation était de 16,1 ans (Santé Canada, 2012). Parmi les jeunes ayant consommé de l'alcool au cours de ces douze derniers mois, près du quart rapportaient avoir dépassé les limites de consommation de la directive concernant le *faible risque 1 (effets chroniques)*, alors que 17,9% mentionnaient avoir dépassé les limites de la directive au sujet du *faible risque 2 (effets aigus)*. Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLT) définit ces directives de la façon suivante:

- « Directive de consommation d'alcool à *faible risque 1* (*effets chroniques*): Les personnes qui respectent la limite de cette directive ne doivent pas dépasser 10 verres par semaine pour les femmes – au plus deux verres par jour, la plupart des jours de la semaine, et 15 verres par semaine pour les hommes – au plus trois verres par jour, la plupart des jours de la semaine. Chaque semaine prévoyez des jours sans alcool pour ne pas développer une habitude.

- Directive de consommation d'alcool à *faible risque 2 (effets aigus*) – Les personnes qui respectent cette directive ne boivent pas plus de trois verres (femmes) et de quatre verres (hommes) en une même occasion et prévoient boire dans un milieu sûr et respecter la limite hebdomadaire. » (Santé Canada, 2012)

Bien que ces prévalences demeurent élevées, une réduction de la consommation d'alcool est observée chez les 15 à 24 ans entre 2004 et 2012. La proportion des consommateurs passe de 82,9% en 2004 à 70,0% en 2012 (Santé Canada, 2012).

Consommation de drogues

Concernant la consommation de drogues des jeunes québécois, bien qu'elle soit moins répandue que la consommation d'alcool, elle est assez courante. Plus du quart (26%) des jeunes québécois fréquentant un établissement scolaire de niveau secondaire mentionnaient avoir fait usage d'une drogue, tous produits confondus, au moins une fois au cours des douze mois précédant l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 menée par L'ISQ (2012). Cette prévalence augmentait en fonction de l'année scolaire, passant de 5,4% en secondaire un à 43,7% des élèves de secondaire cinq. L'Enquête révèle que la substance de prédilection des jeunes québécois est le cannabis. Près du quart des adolescents fréquentant une école secondaire en aurait consommé au cours des 12 mois précédent l'enquête. Loin derrière, les autres types de drogues les plus fréquemment utilisés sont l'ecstasy (8,6%), les amphétamines (6,8%) et les hallucinogènes (6,1%). Finalement, 2,9% des élèves ont consommé de la cocaïne. Malgré que le pourcentage de jeunes consommateurs demeure élevé, en se basant sur les études antérieures, on remarque que la proportion d'élèves du secondaire ayant consommé une drogue quelconque pendant les 12 derniers mois a diminuée au cours des dernières années, passant de 43% en 2000 à 26% en 2012 (ISQ, 2000; ISQ, 2012).

Au Canada, la consommation de drogues chez les jeunes est également assez fréquente. La prévalence est plus élevée qu'au Québec, mais les chiffres sont difficilement comparables en raison de la différence d'âge des groupes étudiés. Toutefois, le portrait des drogues les plus utilisées est similaire. Le cannabis figure au premier rang. Parmi les canadiens âgés entre 15 et 24 ans, en 2012, 20,3% révélaient avoir consommé du cannabis au cours de l'année précédant l'ESCCAD (Santé Canada, 2012). L'âge moyen de la première consommation était de 16,1 ans (Santé Canada, 2012). La consommation d'au moins une autre drogue (ecstasy, amphétamines, hallucinogènes, cocaïne, héroïne) a été rapportée par 6,5% des jeunes canadiens (Santé Canada, 2012). Les données traduisent une diminution de la prévalence de la consommation de cannabis entre 2004 et 2012, passant de 37% pour glisser à 20,3% en 2012 (Santé Canada, 2012). Concernant la prévalence de la consommation des autres drogues (ecstasy, amphétamines, hallucinogènes, cocaïne, héroïne), elle passe de 11,3% en 2004 à 6,5% en 2012 (Santé Canada, 2012).

Comportement de consommation et typologies

La consommation de SPA n'est pas automatiquement un comportement représentant un danger. Les effets et les risques associés à cette consommation varient selon divers facteurs. Tel que le mentionne Olievenstein (1987) « *la toxicomanie est la rencontre d'un individu en difficulté avec un produit, dans un environnement socio-économique particulier* ». Autrement dit, l'impact de la consommation dépend de trois éléments déterminants: le produit, la personne et l'environnement (Zinberg, 1984). Le *produit* réfère à la nature de la substance consommée, ses effets associés, la quantité consommée, la fréquence d'utilisation et son mode d'administration. D'autre part, il est entendu par la *personne* les caractéristiques individuelles, tant au plan psychologique qu'au plan physiologique. Finalement, l'*environnement* fait référence au contexte dans lequel l'individu évolue ainsi que le contexte de l'activité de consommation.

Les comportements de consommation peuvent être regroupés selon diverses catégories soit, en ordre croissant de sévérité, l'*usage récréatif*, la *consommation à risque*, la

consommation problématique (Tremblay & Blanchette-Martin, 2009) et le *trouble lié à l'usage d'une substance* (American Psychiatric Association, 2013). Il est important de préciser que ces niveaux de consommation sont plus faciles à distinguer pour les adultes que pour les jeunes. Pour ces derniers, bien que ces niveaux puissent être de bons points de repère afin d'évaluer la sévérité de leur consommation, il faut faire preuve de nuance dans la référence à ces niveaux de consommation et dans leur interprétation.

L'*usage récréatif* est le comportement de consommation le plus courant et c'est celui qui comporte le moins de risque. Il réfère à la majorité des expériences de consommation des adolescents et des jeunes adultes qui essaient des nouveaux produits à titre expérientiel, pour le plaisir ou pour faire comme les autres (CQLD, 2006; Laventure, Déry, & Pauzé, 2006). Ce type de comportements inclut également les consommateurs modérés et occasionnels. Il s'agit d'un comportement de consommation qui ne provoque généralement pas de conséquence négative ni pour soi, ni pour autrui.

La *consommation à risque* correspond à des comportements mettant la personne à risque d'expérimenter diverses conséquences liées à ses habitudes de consommation. À ce niveau, il n'y a pas de problème concret qui émerge, mais les probabilités qu'ils apparaissent sont fortement augmentées, en comparaison avec l'*usage récréatif* (Tremblay & Blanchette-Martin, 2009).

La *consommation problématique* réfère aux consommateurs expérimentant concrètement des difficultés liées à leur usage de SPA. Ces conséquences négatives peuvent être de nature physique, psychologique, sociale ou autre. Malgré la présence concrète de certains problèmes, leur sévérité est plus faible que celle du *trouble lié à l'usage d'une substance* (American Psychiatric Association, 2013; Tremblay & Blanchette-Martin, 2009).

Le *trouble lié à l'usage d'une substance* est documenté dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V). Il est alors question d'une utilisation de

substances psychoactives entraînant des conséquences indésirables, récurrentes et significatives. La consommation nuit alors au fonctionnement normal de la personne ou entraîne une souffrance cliniquement significative (American Psychiatric Association, 2013). L'appellation *trouble lié à l'usage d'une substance* regroupe notamment les *troubles de l'abus d'une substance* et de *dépendance à une substance* que l'on retrouvait dans l'édition précédente du DSM comme deux troubles distincts (American Psychiatric Association, 2003).

Lorsqu'il est question de dépendance à une substance, ce peut être une dépendance *psychologique* ou *physique*. La dépendance *psychologique* se caractérise par une présence intense de pensées, de sentiments et d'activités liées aux SPA. La personne vivant une dépendance *psychologique* aux SPA parvient très difficilement à cesser de consommer (Santé Canada, 2000). Le manque de cette substance peut entraîner une sensation de « *craving* » définie comme une envie forte de reprendre une SPA. Lorsque la personne ne consomme pas, elle peut éprouver de l'angoisse, un malaise et des symptômes dépressifs (CQLD, 2006). Un consommateur de SPA peut également développer une dépendance *physique*. Cela signifie que l'organisme du consommateur est habitué à la présence constante de la substance (CQLD, 2006) et qu'il ressent le besoin d'en prendre pour fonctionner normalement (CQLD, 2006; Santé Canada, 2000). Son arrêt ou sa réduction rapide peut provoquer des symptômes tels que les tremblements et les convulsions (CQLD, 2006; Santé Canada, 2000).

Il faut faire preuve de nuance dans l'utilisation des niveaux de consommation avec les jeunes. D'ailleurs, certains chercheurs québécois qui se sont penchés sur la question en sont venus à proposer une échelle à trois niveaux pour cette population. Cette échelle est définie dans la *Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes* (DEP-ADO) qui est un outil pour détecter les jeunes présentant une consommation de SPA problématique ou à risque. Cet outil, qui a été conçu en 1999, permet d'établir un score total associé à un des trois degrés de gravité suivants:

- « Les *feux verts* sont les jeunes qui ne démontrent aucun problème évident de consommation et qui ne nécessitent aucune intervention;

- Les *feux jaunes* sont les jeunes qui présentent des problèmes en émergence et pour qui une intervention est jugée souhaitable en première ligne (information, discussion);

- Les *feux rouges* sont des jeunes qui présentent des problèmes importants de consommation et pour lesquels une intervention est suggérée en ressource spécialisée, ou en complémentarité avec une telle ressource. Lorsqu'un adolescent obtient une cote catégorisée de *feu rouge*, on suggère de faire une évaluation de la gravité de la toxicomanie à l'aide d'un instrument plus complet (par exemple, l'IGT-ADO) » (Landry, Tremblay, Guyon, Bergeron, & Brunelle, 2004).

Conséquences négatives de la consommation de SPA

Pour la majorité des jeunes québécois, la consommation de SPA est une activité occasionnelle qui n'est pas nécessairement nocive. Cependant, pour les *consommateurs à risque* ou *problématique* et pour ceux présentant un *trouble liée à l'usage d'une substance*, la consommation peut entraîner des conséquences négatives. Ces conséquences néfastes peuvent être sur le plan physique, psychologique, social ou autre.

Les SPA peuvent nuire à la santé physique des consommateurs. Une étude menée auprès d'élèves québécois du secondaire révèle que parmi les jeunes ayant consommé de l'alcool ou de la drogue au moins une fois au cours des douze mois précédant l'enquête, plus de 10% auraient vécu des difficultés physiques liées à leur consommation (Dubé et al., 2009). Parmi celles-ci, les jeunes consommateurs (tout comme les plus âgés) risquent à long terme de contracter des infections virales telles le VIH ou l'hépatite et d'endommager leurs poumons, leurs muqueuses nasales et leur foie (Santé Canada, 2000). Deuxièmement, la consommation de SPA chez les jeunes peut occasionner des impacts négatifs sur le plan psychologique. Près du dixième des jeunes québécois consommateurs rapportent avoir souffert de conséquences de cette nature (Dubé et al., 2009). À long terme, la consommation de SPA peut aller jusqu'à entraîner des problèmes d'apprentissage, des modifications de la personnalité, des troubles de mémoire et des problèmes de santé mentale (Santé Canada, 2000), notamment des symptômes dépressifs (Léonard & Ben Amar, 2002). Troisièmement, les jeunes consommateurs s'exposent à des conséquences sociales potentielles. En effet, la consommation peut avoir des effets négatifs sur les

relations familiales, amicales et amoureuses. Elle peut également engendrer une chute des résultats scolaires (Dubé et al., 2009; McCabe, Cranford, Morales, & Young, 2006). Finalement, les autres conséquences possibles de la consommation de SPA auprès des adolescents peuvent être financières ou de nature judiciaire. Sur le plan financier, les jeunes risquent d'être affectés par la perte d'argent et par les dépenses excessives liées aux activités de consommation. En outre, les jeunes consommateurs sont plus à risque de vivre des démêlés avec la justice: près de 13% des jeunes consommateurs auraient commis un geste délinquant en lien avec leurs activités de consommation (Dubé et al., 2009).

Modèles d'intervention en toxicomanie

La prévalence de la consommation de SPA et les conséquences négatives qui en découlent conduisent à une réalité parfois très difficile pour certains jeunes. Cette situation soulève la nécessité d'avoir des traitements efficaces et adaptés à cette population. Divers modèles d'intervention pour les jeunes vivant des difficultés associées à leur consommation de SPA ont démontré leur efficacité.

Parmi les différents modèles existant, l'étude *Cannabis Youth Treatment* en a évalué cinq. Il s'agit de la première étude à distribution aléatoire multi-sites menée chez les adolescents qui consomment des SPA. Elle répondait à la nécessité d'appuyer scientifiquement les interventions auprès de cette population (Diamond et al., 2002). Les cinq modèles d'intervention évalués ont été choisis parce qu'ils répondaient à différents critères, notamment, ils étaient appuyés théoriquement et présentaient certaines évidences préliminaires d'efficacité (Dennis, et al., 2002). En raison du peu d'études empiriques sur les traitements auprès des adolescents, des traitements pour adultes ayant fait leurs preuves ont été adaptés pour les jeunes (Diamond et al., 2002). Les cinq modèles d'intervention sélectionnés sont les suivants: entretien motivationnel/thérapie cognitivo-comportementale 5 ou 12-séances (*Motivational Enhancement Therapy/Cognitive Behavioral Therapy 5 or 12-Sessions*), réseau de soutien familial (*Family Support Network*), thérapie familiale multidimensionnelle (*Multidimensional Family Therapy*), approche de renforcement par la

communauté (*Adolescent Community Reinforcement Approach*). Le premier modèle en cinq ou 12 séances est centré sur le jeune, les deux suivants impliquent la famille et le dernier se base sur une vision communautaire. Pour chacun de ces modèles, les aspects suivants sont abordés: le déroulement, les principes de base, les buts ainsi que l'efficacité.

Entretien motivationnel/thérapie cognitivo-comportementale 5 ou 12-séances

Ce modèle d'intervention se présente selon deux modalités. La première se déroule en cinq séances d'intervention dont deux séances individuelles d'entretien motivationnel et trois séances de groupe en thérapie cognitivo-comportementale (Dennis et al., 2004). La seconde comporte 12 séances thérapeutiques: aux cinq initiales s'ajoutent sept séances de groupe de thérapie cognitivo-comportementale (Dennis et al., 2004; Liddle, 2002b).

Dans l'application de ces modèles, dans un premier temps, l'entretien motivationnel vise à stimuler la motivation au changement chez le client (Diamond et al., 2002; Liddle, 2002b; Miller & Rollnick, 2006). L'idée sous-jacente est que les possibilités de changement sont supérieures lorsque la motivation vient de la personne elle-même plutôt que lorsqu'elle vient de l'entourage. La motivation au changement est évaluée en se référant au modèle transthéorique (Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992) selon lequel le cheminement thérapeutique se déroule selon cinq stades, soit la *précontemplation*, la *contemplation*, la *préparation*, l'*action* et le *maintien.* Cette stratégie d'intervention a été retenue car l'entretien motivationnel a fait ses preuves auprès de la clientèle vivant des difficultés liées à la consommation de SPA (Diamond et al., 2002). Cette approche est identifiée parmi celles dont l'efficacité est la plus démontrée (Clark et al., 2002). Des progrès cliniques, principalement au plan de la sphère occupationnelle seraient liés au degré d'utilisation de techniques prônées par l'entretien motivationnel. De plus, ces interventions ont été associées à une réduction des difficultés vécues dans le milieu scolaire et au travail, trois à six mois suivant la thérapie (Bergeron, Tremblay, Cournoyer, Landry, & Brochu, 2009). Il faut cependant être prudent dans le rôle accordé à l'entretien motivationnel dans ce succès

thérapeutique, puisque la motivation du jeune ainsi que des composantes de sa personnalité ont un impact sur les résultats du traitement.

En second lieu, la thérapie cognitivo-comportementale vise le développement de meilleures stratégies d'adaptation. Le principe de base est qu'en améliorant ses stratégies d'adaptation, l'adolescent devient plus en mesure de reconnaître et de composer avec les situations où il risque de consommer. Les buts poursuivis avec ce modèle d'intervention sont donc principalement l'augmentation de la motivation intrinsèque au changement et le développement de stratégies d'adaptation alternatives à la consommation (Diamond et al., 2002).

Les sept rencontres supplémentaires de la modalité en douze séances offrent au jeune davantage de temps d'entraînement et de consolidation de ses nouvelles habiletés (Diamond et al., 2002). La thérapie cognitivo-comportementale est parmi les approches dont l'efficacité est démontrée dans le traitement de la toxicomanie (Clark et al., 2002; Diamond et al., 2002). Quant à la durée des interventions, une étude a démontré qu'une période de traitement plus longue (12 séances de thérapie cognitivo-comportement plutôt que cinq) serait significativement associée à une réduction de la consommation de SPA et à une diminution des arrestations (Hser et al., 2001).

Réseau de soutien familial

Ce modèle de traitement est composé du modèle de l'*entretien motivationnel/thérapie cognitivo-comportementale 5 ou 12-séances* auquel sont ajoutées six rencontres de groupe pour les parents, quatre visites thérapeutiques à domicile et l'utilisation du *case management* (Dennis et al., 2004; Liddle, 2002a). Ce modèle s'appuie sur la croyance que l'enseignement à la famille et le *case management*, en plus du travail sur la motivation et sur les stratégies d'adaptation, sont nécessaires dans le processus de rétablissement du jeune (Dennis et al., 2004). En outre, il est axé sur l'idée qu'une seule modalité de traitement n'est pas suffisante pour contrer le phénomène multidimensionnel que représente

la consommation de SPA (Diamond et al., 2002; Nadeau & Biron, 1998). Selon cette compréhension de la toxicomanie, pour être efficace, une thérapie doit intervenir sur différentes facettes de la réalité du jeune, dont la famille. Différents postulats sous-tendent ce modèle. Le premier est à l'effet que la famille peut jouer un rôle dans la trajectoire thérapeutique des jeunes: l'implication de la famille favorise la persistance au traitement et le rétablissement du jeune. De plus, il est postulé que la thérapie à domicile, le fait d'informer la famille sur la consommation de SPA et son engagement dans le processus de rétablissement sont également favorables pour le jeune. Finalement, le *case management* est considéré comme pouvant favoriser la persévérance en traitement (Diamond et al., 2002).

Le volet familial de ce modèle d'intervention vise des buts précis. Un premier est de favoriser l'engagement des jeunes et de leurs parents dans le processus thérapeutique. Un second est d'améliorer les habiletés parentales. Finalement, ce modèle est efficace, car il favorise une meilleure communication au sein de la famille et de bons liens familiaux (Diamond et al., 2002).

Thérapie familiale multidimensionnelle

Il s'agit d'une thérapie de 12 à 15 séances, incluant normalement six rencontres avec l'adolescent, trois avec les parents et six avec toute la famille (Dennis et al., 2004). La base théorique de ce modèle repose sur trois principaux éléments. En premier lieu, la consommation de SPA est vue comme étant un phénomène contextuel et multidimensionnel. Une variété de facteurs en interaction contribue aux problématiques associées aux SPA (Liddle & Hogue, 2000). En second lieu, elle repose sur les connaissances produites dans les domaines de la psychologie développementale et de la psychopathologie développementale. Finalement, elle se base sur une approche de thérapie familiale intégrative développée à la fin des années '70 (Diamond et al., 2002). De manière générale, le but visé par ce traitement est d'amener l'adolescent à vivre les défis et les processus développementaux normaux de l'adolescence. Les interventions ciblent plusieurs niveaux, tant sur le plan individuel que sur le plan familial, par exemple: le développement

de stratégies d'adaptation adéquates et l'amélioration de l'organisation familiale (Diamond et al., 2002).

Les approches thérapeutiques orientées vers la famille figurent parmi les approches efficaces pour la clientèle des jeunes vivant des difficultés liées à leurs habitudes de consommation (Clark et al., 2002; Diamond et al., 2002; Williams & Chang, 2000). Il est toutefois important de nuancer ce propos, puisque la famille peut, dans certains cas, être un facteur de risque à la consommation de SPA chez les jeunes, par exemple lorsque les parents eux-mêmes consomment ou que leurs attitudes favorisent la consommation (Tremblay, Bertrand, & Ménard, 2005).

La *thérapie familiale multidimensionnelle* a démontré son efficacité pour traiter l'abus de SPA chez les jeunes. Une étude l'a comparé à une thérapie de groupe et à une intervention éducative pour les parents de jeunes consommateurs de SPA. Les données recueillies 12 mois suivant le début de traitement permettent de constater que les jeunes ayant participé à la *thérapie familiale multidimensionnelle* réduisent davantage leur consommation que ceux ayant participé aux deux autres interventions (Liddle et al., 2001). À long terme, avec cette thérapie, les gains thérapeutiques seraient significatifs (Liddle, 2002a).

Approche de renforcement par la communauté

Ce modèle inclut dix séances individuelles avec le jeune et quatre séances avec les proches, dans une approche basée sur le *case management* (Dennis et al., 2004). Il préconise l'enseignement aux jeunes de façons adéquates de composer avec les problèmes plutôt que le recours à des manières inadéquates comme la consommation de SPA. Pour se faire, l'*approche de renforcement par la communauté* combine un modèle de conditionnement opérant, un entraînement aux habiletés sociales et l'approche des systèmes sociaux (Diamond et al., 2002).

Parmi les buts recherchés par ce modèle, il y a l'abstinence, le développement d'habiletés sociales et de stratégies d'adaptations, l'engagement dans des activités sociales positives et l'adoption de comportements positifs. Les quatre séances impliquant les parents ou d'autres proches ont comme buts, entre autres, de les informer sur les SPA et de les motiver à s'impliquer dans le processus thérapeutique du jeune. De façon générale, les thérapeutes prônant cette approche tentent d'augmenter l'offre des ressources gravitant autour des jeunes dans la communauté, par exemple à l'école (Diamond et al., 2002).

L'*approche de renforcement par la communauté* initialement mise sur pied pour une clientèle adulte alcoolique a fait ses preuves. L'efficacité de ce modèle d'intervention a cependant été peu étudiée auprès des adolescents. Toutefois, une étude a démontré son efficacité auprès de jeunes sans domicile fixe (Slesnick, Prestopnik, Meyers, & Glassman, 2007).

En résumé, l'équipe de l'étude *Cannabis Youth Treatment* a comparé différents modèles d'intervention soit l'*entretien motivationnel/thérapie cognitivo-comportementale 5 ou 12-séances*, le *réseau de soutien familial*, la *thérapie familiale multidimensionnelle* et l'*approche de renforcement par la communauté*. Les résultats démontrent que leur efficacité est comparable tant sur le nombre de jours d'abstinence au cours des 12 mois suivant l'admission en traitement que sur le taux de rémission 12 mois suivant l'admission (Dennis et al., 2004).

Il existe donc des modèles d'intervention qui ont démontré leur efficacité auprès des jeunes vivant des difficultés avec les SPA. Cependant, malgré ces modèles, la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues chez la population adolescente québécoise demeure inquiétante. Cette réalité soulève la nécessité d'explorer plus en profondeur le cheminement entre le moment où le jeune éprouve des difficultés importantes faisant émerger en lui l'idée de chercher de l'aide jusqu'au moment où son processus thérapeutique s'enclenche

véritablement et qu'il reçoit des services spécialisés en dépendance. Il s'agit là du contenu du prochain chapitre.

Chapitre 2: Trajectoire thérapeutique et réseau social

La trajectoire thérapeutique peut être envisagée comme le cheminement qui débute à partir du moment précédant l'entrée dans une thérapie jusqu'à la fin de cette thérapie. Il inclut deux éléments centraux, soit la *demande d'aide* et la *persévérance en traitement*.

Préalablement à l'engagement dans la démarche thérapeutique, les individus initient le changement de leurs comportements problématiques par une demande d'aide. Le processus de demande d'aide n'est pas uniforme. Des auteurs proposent différentes manières de conceptualiser ce début de parcours. Dans le cadre de ce projet de mémoire, deux modèles sont présentés.

Trajectoire de demande d'aide

Premièrement, les étapes de la demande d'aide peuvent être organisées selon trois stades généraux, soit la *reconnaissance du problème*, la *décision de chercher de l'aide* et la *sélection du service et son utilisation* (Power, Eiraldi, Clarke, & Mazzuca, 2005). Ce modèle est inspiré par le modèle de Prochaska et Diclemente (1992), le voici:

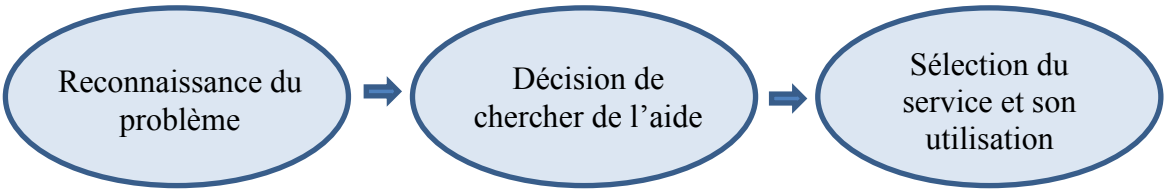

Figure 1. Stades de la demande d'aide selon Power et ses collègues (2005)

Deuxièmement, le processus de demande d'aide peut également être conceptualisé à partir des étapes du modèle de changement de Prochaska et Diclemente (1992). Ce modèle ajoute des éléments supplémentaires au modèle précédent. Il propose cinq stades au changement, soit la *précontemplation*, la *contemplation*, la *préparation*, l'*action* et le *maintien*. Une

demande d'aide peut s'enclencher à l'un ou l'autre de ces stades. La figure qui suit illustre ce modèle.

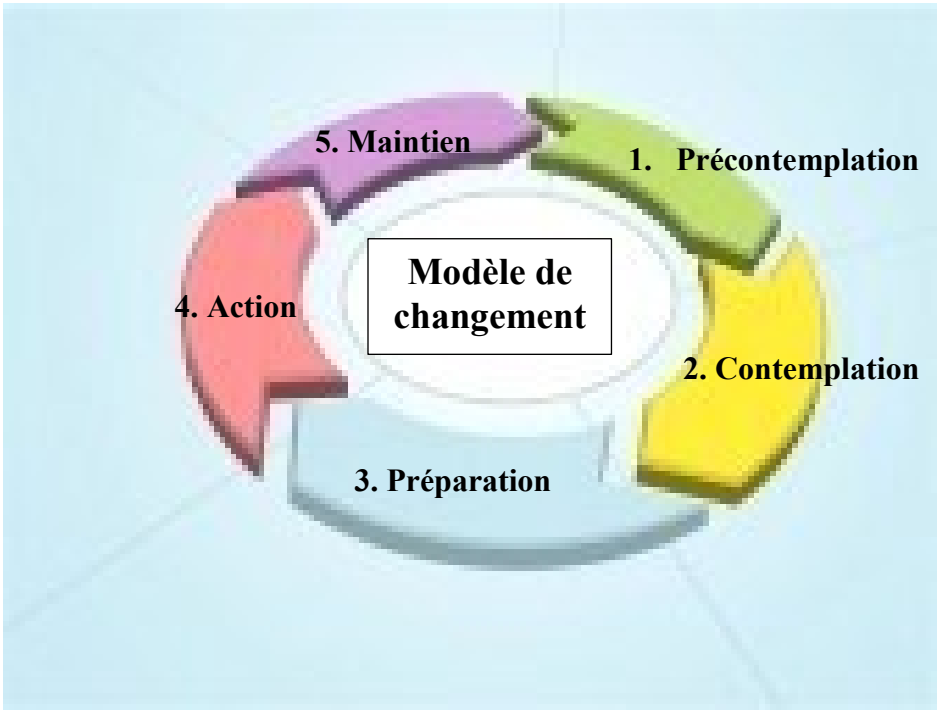

Figure 2. Modèle de changement de Prochaska et Diclemente (1992)

Le premier stade, celui de la *précontemplation,* réfère à l'étape à laquelle l'individu vivant des difficultés n'a pas l'intention de modifier ses comportements. Il est généralement inconscient des difficultés engendrées par ses habitudes de consommation. Si une demande d'aide est faite à ce stade, elle est souvent conséquente d'une pression de l'entourage.

Au stade de la *contemplation*, l'individu reconnaît qu'il vit des difficultés, mais il vit une ambivalence importante: il exprime le souhait d'un changement, mais aucune démarche véritable n'est entreprise. Une demande d'aide effectuée au cours de ce stade est généralement motivée par un mélange de motivations extrinsèques, sous-tendues par des peurs de perdre des éléments significatifs (emploi, relations) et par une reconnaissance, plus cognitive qu'émotive, d'un besoin de changement.

Le troisième stade est la *préparation*. C'est alors que l'individu a l'intention véritable de changer son comportement et il comprend ce que cela impliquera comme changement comportemental. Il planifie entamer le changement dans le prochain mois. C'est à l'étape suivante, l'*action*, que l'individu amène des modifications à ses comportements. Il peut également faire des changements dans son environnement afin de favoriser le changement comportemental souhaité. Au dernier stade, celui du *maintien*, la consolidation des gains de la phase précédente est entreprise et la prévention d'une possible rechute est travaillée. Cette étape n'est pas statique dans le temps; l'individu peut être à ce stade aussi longtemps que cela lui est bénéfique, parfois toute sa vie (Freeman & Dolan, 2001). L'évolution au travers de ces cinq stades est variable et n'est pas nécessairement linéaire. Une rechute peut être vécue à l'un ou l'autre des stades, entraînant la régression à un stade antérieur (Prochaska et al., 1992).

Barrières au processus de demande d'aide

Certaines barrières peuvent nuire au processus de demande d'aide en affectant ou limitant l'accès au traitement. Les experts les regroupent en trois principaux types: les *barrières personnelles*, les *barrières relationnelles, qui sont liées aux relations familiales et avec les pairs,* et les *barrières structurelles liées au programme de traitement* (Ballon, Kirst, & Smith, 2004; Currie, 2001).

Les *barrières personnelles* correspondent aux facteurs liés à l'individu. L'ouvrage de Currie (2001) rapporte les principales barrières personnelles liées au traitement dans le cas des jeunes. Il note le manque de reconnaissance ou le déni du problème, les difficultés personnelles et le manque de connaissance des traitements existants (ou l'ignorance de la disponibilité de traitement, selon Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal et Toneatto en 1993). Les difficultés personnelles incluent la présence de troubles mentaux, cognitifs, alimentaires ou d'apprentissage, la présence de symptômes dépressifs et une faible estime de soi. Dans un même ordre d'idées, Ballon et ses collègues (2004) soulèvent que le

manque de confiance en soi ou de motivation intrinsèque nuit au processus de demande d'aide. Le manque de motivation intrinsèque au changement serait l'une des principales barrières à la recherche d'aide (Ballon et al., 2004). De plus, les sentiments négatifs (honte, peur, etc.) que certains adolescents ressentent envers eux-mêmes et envers leurs habitudes de consommation peuvent les freiner dans leur processus de demande d'aide. D'autres obstacles ont été identifiés dans une étude qualitative menée auprès de consommateurs d'alcool: le fait de ne pas percevoir de besoin d'aide et la volonté de vouloir gérer soi-même son problème (Cunningham et al., 1993). Gulliver, Griffiths et Christensen (2010) soulèvent ces mêmes deux barrières à la recherche d'aide en santé mentale, chez les jeunes entre 12 et 25 ans. En plus, ils rajoutent la crainte d'être stigmatisé.

Le deuxième type de barrières, celles *liées aux relations interpersonnelles*, réfère à l'influence des relations familiales et des relations avec les pairs (Currie, 2001). Selon les experts, parmi les barrières majeures à la recherche d'aide, il y a les parents. Parfois, ils vivent eux-mêmes des problèmes liés à la consommation de SPA et ne reconnaissent pas les problèmes vécus par leur enfant. Cette attitude peut nuire au soutien qu'ils offrent à l'enfant et peut rendre difficile l'accès au traitement (Currie, 2001). Le fait d'avoir des parents qui ont une mauvaise compréhension des problèmes vécus par le jeune, qui procurent peu ou pas de soutien et qui ne se questionnent pas sur les raisons sous-tendant la consommation est également une barrière (Ballon et al., 2004). En outre, la dynamique familiale peut nuire au processus de demande d'aide. Les participants à l'étude de Ballon et ses collègues mentionnent que les conflits familiaux et une histoire d'utilisation de SPA dans la famille peuvent décourager la demande d'aide. Finalement, les pairs peuvent exercer une influence sur le processus de demande d'aide. La pression des pairs peut être une barrière à la recherche d'aide. En effet, lorsque les activités et les valeurs véhiculées au sein du groupe de pairs normalisent la consommation de SPA, cette situation représente un obstacle (Currie, 2001). Il est moins probable qu'un jeune entame une démarche d'aide lorsque son entourage est impliqué dans des activités liées à la consommation de SPA (Ballon et al., 2004). Au sens plus large, plusieurs jeunes mentionnent qu'une barrière majeure à la recherche d'aide est le sentiment de ne pas se sentir soutenu par ses proches et par la société (Ballon et al., 2004).

Des barrières structurelles peuvent également nuire au processus de demande d'aide. Elles font référence aux lacunes au niveau de l'accessibilité, de la qualité et de l'organisation des services offerts aux jeunes vivant des difficultés associées à leur consommation de SPA. Parmi celles-ci, les experts soulèvent le peu de programmes en toxicomanie pour les jeunes au Canada (particulièrement peu de programmes offrant des services à l'interne) et la difficulté d'accéder à ces programmes en raison de la grande superficie du territoire et des longues listes d'attente. Au Québec, l'offre de services pour les jeunes en difficulté a été priorisée par le MSSS (MSSS, 2007) et il semble que les délais d'attente sont courts sur l'ensemble du territoire. De plus, l'offre de traitements résidentiels semble être adéquate à ce jour, le MSSS ayant consolidé les résidences dédiées à cette mission (Portage, Grand-Chemin, Pavillon du Nouveau Point-de-Vue, Havre du Fjord, etc.). En outre, les problèmes associés au transport (Ballon et al., 2004; Currie, 2001) et les lacunes au plan des habiletés de certains intervenants en jeunesse sont ciblés comme étant des barrières (Currie, 2001). Plus précisément, certains participants à une étude rapportent que les médecins et les intervenants sont parfois « *déconnectés* » de leurs clients. Des jeunes mentionnent avoir senti un désintéressement de certains professionnels. Selon eux, des travailleurs seraient parfois plus intéressés par le salaire que par leur emploi. Finalement, des jeunes mentionnent que la période passée sur la liste d'attente aurait nui à leur motivation d'entrer en traitement (Ballon et al., 2004).

Facilitateurs au processus de demande d'aide

Certains facteurs sont répertoriés comme pouvant faciliter le processus de demande d'aide. L'exploration des facilitateurs au processus de demande d'aide est mise en relation avec les deux premières étapes du modèle utilisé par Power et ses collègues (2005): *reconnaissance du problème*, *décision de chercher de l'aide*.

Premièrement, des **facteurs personnels**, soit liés à l'individu, peuvent favoriser le processus de demande d'aide. Ils sont susceptibles d'influencer la *reconnaissance du*

problème. Selon une étude de Kim et Fendrich (2002), les filles rapportant une problématique sévère liée à leur consommation de SPA sont plus susceptibles de percevoir un besoin de traitement que les garçons vivant cette même situation. En outre, la participation à des activités criminelles liées à la consommation de SPA semble favoriser la reconnaissance du problème chez les jeunes (Ballon et al., 2004). Des facteurs individuels peuvent également avoir un impact sur la prise de *décision de chercher de l'aide* comme le démontrent les résultats d'une étude (Battjes, Onken, & Delany, 1999). Cette dernière soulève que l'inconfort avec son style de vie et le désir d'aller au travail ou à l'école auraient un impact positif sur la motivation à entrer en traitement (Battjes et al., 1999).

Deuxièmement, des **facteurs liés aux relations interpersonnelles** sont susceptibles d'influencer positivement le processus de demande d'aide. La famille aurait un impact sur la *reconnaissance du problème*, tel que le soulève l'étude de Power et ses collègues (2005). La compréhension des parents des difficultés de fonctionnement de leur enfant peut influencer favorablement la *reconnaissance du problème*. Ces difficultés fonctionnelles peuvent se manifester dans les sphères suivantes: les relations interpersonnelles, le travail, l'école et la gestion des temps libres. Elles peuvent également être liées à une psychopathologie. Lorsque la situation du jeune entraîne une sensation de fardeau à la famille, cela favorise la reconnaissance du problème par les membres de la famille. D'autres facteurs peuvent favoriser la prise de *décision de chercher de l'aide*. Parmi ceux-ci, il y a la croyance parentale qu'une série d'actions peut être prise pour venir en aide à leur adolescent (Power et al., 2005). De plus, il est plus probable que la famille et le jeune décident d'aller chercher de l'aide si les parents croient en leur capacité de faire cette recherche d'aide (Power et al., 2005). Si la pression des pairs peut représenter une barrière à entamer une démarche d'aide, elle peut également avoir un impact positif (Ballon et al., 2004).

Persévérance en traitement

Une fois que les jeunes ont procédé à la demande d'aide, ils entrent dans un processus thérapeutique. Cependant, malgré l'existence de traitements variés, structurés et efficaces offerts aux jeunes aux prises avec un problème de consommation d'alcool ou de drogues, le succès thérapeutique demeure inégal (Godley, Dennis, Godley, & Funk, 2004). Divers facteurs sont liés à cette réalité. Parmi ceux-ci, il y a la terminaison prématurée du traitement qui est malheureusement assez fréquente (et ce dans les différents types de thérapies). L'arrêt de la thérapie avant la durée minimum prévue (Frayn, 1992), ou la terminaison prématurée, réfère au concept de persévérance.

Bergeron, Marcil et Laflamme-Cusson (1996) distinguent deux types de persévérance, la *persévérance absolue* et la *persévérance relative*. La *persévérance absolue* réfère à une manière dichotomique de voir les choses: l'individu poursuit ou non le traitement jusqu'à ce qu'il soit considéré comme étant complété. La complétion du traitement est jugée selon la couverture entière de la durée prévue du traitement. Quant à la *persévérance relative*, elle fait référence à la période de participation au programme, sans que le programme ne soit nécessairement couvert en entier. L'individu peut avoir persévéré au traitement un certain temps, sans avoir couvert toute la durée prévue. Cette dernière vision apparaît plus nuancée.

L'abandon prématuré des traitements biopsychosociaux représente une préoccupation des chercheurs depuis longtemps. En effet, de nombreuses recherches ont été réalisées sur ce sujet. Les chercheurs révèlent des taux importants d'abandon de traitement. Les premiers écrits sur ce thème, selon le *Critical Review* de Baekeland et Lundwall (1975), mentionnent qu'entre 20% et 57% des personnes en service externe de santé mentale abandonnent après la première rencontre et qu'entre 31% et 56% n'assistent pas à plus de quatre rencontres de traitement. Ces proportions semblent être aussi importantes dans le traitement des toxicomanies. Selon une étude de 1993, 25% de la clientèle abandonne après la première rencontre, la moitié persiste pendant plus de quatre semaines et seulement 15% plus de six

mois (Laflamme-Cusson & Moisan, 1993). Ces taux élevés justifient la pertinence de s'intéresser aux facteurs liés à la persévérance au traitement.

Facteurs influençant la persévérance en traitement

Plusieurs études se sont attardées aux facteurs pouvant influencer la persévérance, entre autres dans les services de santé mentale et dans les traitements de réadaptation en toxicomanie (Bergeron, Landry, Brochu, & Cournoyer, 1997). En toxicomanie, phénomène qui est considérée comme complexe et multidimensionnel (Nadeau & Biron, 1998), les facteurs liés à la persévérance au traitement sont de diverses natures. Ces facteurs peuvent être distingués en facteurs personnels, soit liés à l'individu (caractéristiques sociodémographiques, profil psychologique, profil de consommation) et en facteurs liés aux relations interpersonnelles (réseau social, réseau de soutien).

Facteurs personnels

De nombreuses recherches tentent de lier la persévérance au traitement à des **caractéristiques sociodémographiques**. Bien que certaines études indiquent qu'elles ne sont pas de bonnes variables prédictives de la persévérance en traitement, d'autres soulèvent des liens possibles. L'âge est mentionné comme étant une caractéristique liée à la persévérance. Les plus jeunes seraient moins enclins à persister que les sujets plus âgés (Brizer, Maslansky, & Galanter, 1990; Dakof, Tejeda, & Liddle, 2001; Landry, Cournoyer, Bergeron, & Brochu, 2001; Roffman, Klepsch, Wertz, Simpson, & Stephens, 1993; Vendetti, McRee, Miller, Christiansen, & Herrell, 2002). Le sexe serait également un facteur d'influence (Brizer et al., 1990; Dakof et al., 2001; King & Canada, 2004; Landry et al., 2001), bien qu'inégal. Même s'il est plus probable que les filles s'engagent dans un traitement (Dakof et al., 2001), par la suite, selon une étude réalisée auprès de participants de 18 ans et plus, elles auraient davantage tendance à abandonner prématurément leur traitement (King & Canada, 2004). Dans le même sens, Brizer et ses collègues (1990) rapportent que ce sont majoritairement des personnes de sexe masculin qui persistent au-delà de neuf rencontres de traitement. De plus, l'appartenance ethnique aurait un impact sur

l'abandon prématuré de traitement selon des études américaines. Elles révèlent que les américains d'origine asiatique (Vendetti et al., 2002) et les afro-américains (King & Canada, 2004) seraient plus à risque d'abandon que les caucasiens.

Bien que les résultats des recherches ne démontrent pas de lien de cause à effet entre les caractéristiques du profil de la personne et sa persévérance, certaines soulèvent des liens possibles.

Premièrement, le **profil psychologique** aurait un impact sur la persévérance. Les résultats d'une étude démontrent que les personnes présentant des symptômes dépressifs graves, des comportements violents, des antécédents suicidaires ou ayant déjà consulté pour des problèmes psychologiques seraient moins persévérantes en traitement (Boivin, Leblanc, & Tondreau, 2001). De plus, celles rapportant vivre davantage de détresse psychologique abandonneraient plus tôt le traitement (Roffman et al., 1993). À l'opposé, la présence de symptômes anxieux ou d'une tension sévère diminuerait les risques d'abandon (Boivin et al., 2001; Landry et al., 2001). En outre, le degré de motivation de la personne serait également associé à sa persévérance dans le traitement (Frayn, 1992). La motivation serait « *l'un des points clés dans le traitement des jeunes toxicomanes* » (CCLT, 2010). Le manque de motivation figure au premier rang des motifs d'absence ou d'abandon d'un traitement en toxicomanie, selon l'étude de Kelly, Kahler et Humphreys (2010).

En plus du profil psychologique de la personne, son **profil de consommation** serait lié à la persévérance en traitement. Chaque jour supplémentaire d'intoxication à l'alcool ou de consommation de sédatifs hypnotiques au cours des 30 jours précédant l'évaluation spécialisée au CRD réduirait les risques d'abandon du traitement. La relation serait inversée pour la consommation de cocaïne ou d'héroïne (Landry et al., 2001). En outre, la sévérité des problèmes de drogues et le besoin d'accéder à un traitement, tels qu'évalués par un professionnel, auraient un impact sur la persévérance. Pour chaque point supplémentaire évalué sur une échelle de neuf points, les risques d'abandon augmenteraient: augmentation

de 5,2% pour la gravité des problèmes de drogues et de 5,4% pour les besoins de traitement (Landry et al., 2001).

Facteurs liés aux relations interpersonnelles

L'individu évolue en constantes interactions avec son environnement social, lequel exerce une influence sur les différentes sphères de sa vie (Rudkin, 2003). Il est incontournable de se pencher sur les effets des relations interpersonnelles sur la persévérance au traitement en toxicomanie.

Il convient de s'attarder au réseau social, lequel peut être défini comme étant l'ensemble des relations entre les individus, les groupes et les institutions (Hawe, Webster, & Shiell, 2004). Bergeron et ses collègues (1996) rapportent que les individus ayant vécu une *persévérance absolue* dans un traitement relateraient moins de difficultés au plan des relations sociales et familiales. Le degré d'intégration sociale aurait également un effet sur la persévérance dans un traitement. L'intégration sociale se définit comme les liens ou les contacts qu'un individu entretient avec des personnes significatives de son environnement (Streeter & Franklin, 1992). De manière générale, plus l'individu est intégré socialement, plus il est probable qu'il persévère (Landry et al., 2001). Au plan familial, l'implication des membres de la famille dans le processus thérapeutique de l'adolescent vivant des difficultés liées à la consommation de SPA serait bénéfique (Williams & Chang, 2000). En plus des bénéfices liés à l'implication de la famille, l'implication d'autres membres du réseau social, comme les amis, aurait un impact positif sur la persévérance dans le traitement (Roffman et al., 1993).

Il semble également que des composantes relationnelles négatives soient liées à plus de persévérance. Une étude soulève que les jeunes percevant moins de soins parentaux assisteraient à un nombre supérieur de rencontres thérapeutiques en toxicomanie (Slesnick, 2001).

Les relations avec les pairs en contexte thérapeutique auraient également un impact sur la persévérance. Une recherche a étudié les liens entre la fréquentation d'un programme en douze étapes, la structure du réseau social et la perception des normes sociales. Les résultats démontrent que lorsque l'ensemble ou presque la totalité des amis consommateurs de la personne participent à un traitement en douze étapes, la personne est plus susceptible d'assister régulièrement à ses rencontres thérapeutiques. Le réseau social aurait un impact sur l'assiduité dans sa thérapie (Davey-Rothwell, Kuramoto, & Latkin, 2008).

Les membres du réseau social qui procurent du soutien à l'adolescent peuvent également avoir un effet sur la persévérance en traitement. Le soutien social serait un aspect déterminant du succès thérapeutique chez les jeunes vivant des difficultés liées à leur consommation de SPA (Williams & Chang, 2000). (Il favoriserait également la persévérance en traitement des hommes et des femmes adultes vivant des difficultés liées à la consommation d'alcool selon une étude réalisée en 1986 par Beckman et Bardsley). Ce sont la qualité du soutien social perçue ainsi que le nombre de personnes identifiées dans l'entourage de l'individu (le réseau) comme pouvant favoriser la démarche d'aide qui influenceraient la persévérance en traitement (Bergeron et al., 1997).

Cette revue de littérature met en lumière que des facteurs liés aux relations interpersonnelles peuvent influencer tant le processus de demande d'aide que la persévérance en traitement. Il s'avère intéressant d'explorer en profondeur ce rôle du réseau social. Ce mémoire s'intéresse à ce rôle en questionnant les adolescents sur les relations qu'ils entretiennent avec les personnes significatives de leur entourage. Ces personnes peuvent être des membres de la famille, des amis, des intervenants, des professeurs, etc. Elles ont pu jouer un rôle à un moment ou un autre de la trajectoire thérapeutique. Explorons plus précisément les caractéristiques associées au réseau social.

Réseau social

Au cours de son parcours de vie, l'humain peut généralement compter sur un réseau social, plus spécifiquement un réseau de soutien. Ce soutien social peut provenir de sources variées et son impact est souvent considérable. Il peut influencer aux différentes étapes de la trajectoire thérapeutique, c'est-à-dire la *demande d'aide* et la *persévérance* dans le traitement. Il devient donc incontournable de s'intéresser à son rôle dans la trajectoire thérapeutique du jeune vivant des difficultés liées à sa consommation de SPA.

Le concept de *réseau social* a été utilisé pour la première fois en 1954, par l'anthropologue Barnes (Mercklé, 2004). Depuis, il a été cité dans plusieurs autres disciplines dont le service social. Une multitude de définitions de ce concept existent. Le réseau social peut référer à un ensemble très large, dit macrosocial, ou à un ensemble plus limité, dit microsocial. Hawe et ses collaborateurs (2004) proposent une définition systémique. Ils définissent le réseau social comme étant l'ensemble des relations entre les individus, les groupes et les institutions.

Soutien social

Le soutien social réfère à une influence positive que peut exercer le réseau social sur l'individu. Il est offert par la partie du tissu relationnel vers laquelle une personne vivant des difficultés se tourne ou pourrait se tourner pour obtenir de l'aide (Vaux, 1988). Ces personnes de l'entourage procurent différents types de soutien social.

Types de soutien social

Il existe divers types de soutien social. Un même type peut être adéquat ou non dépendamment du contexte (Cohen & Wills, 1985). Diverses typologies sont proposées pour décrire les types de soutien social, mais elles sont pour plusieurs similaires. Une étude de 2006 décrit trois types, soit le soutien *émotionnel*, le soutien *instrumental* et le soutien

cognitif (King, Willoughby, Specht, & Brown). Le premier type se rapporte au soutien procurant un sentiment que l'on croit en soi, que l'on prend soin de soi, que l'on est apprécié, estimé, respecté et admiré. La personne qui fournit ce type de soutien fait preuve d'empathie, de compréhension, d'estime, de confiance et de compassion envers l'autre. Le soutien *instrumental* réfère à une aide plus tangible. Il inclut l'aide et l'assistance pratique ainsi que les conseils pragmatiques visant à aider la personne à accomplir une tâche ou une activité et à mieux composer avec les situations difficiles. Finalement, le soutien *cognitif* nourrit le besoin d'être validé dans ses actions, dans son savoir personnel et dans son identité personnelle. Concrètement, il consiste à procurer à l'autre des ressources, des références, des conseils, des outils et des stratégies pour favoriser la prise de conscience de ses ressources et la résolution de ses problèmes. De plus, il permet d'élargir la compréhension d'une situation et de favoriser de nouvelles perspectives de la vie.

Sources de soutien social

Ces différents types de soutien social peuvent provenir de différentes sources. Streeter et Franklin (1992) définissent deux grandes catégories de sources de soutien: le *soutien formel* et le *soutien informel*. Le *soutien formel* est fourni par les professionnels travaillant au sein d'organismes formels, par exemple un travailleur social travaillant dans un centre local de services à la communauté (CLSC). Il s'agit d'une aide structurée qui n'est pas dispensée par une personne de l'entourage immédiat. Les deux individus ne sont pas impliqués émotionnellement ou intimement. D'un autre côté, le *soutien informel* est plus souple et moins structuré. Il ne prend pas assise sur une bureaucratie ou sur une expertise contrôlée. Il inclut tout le soutien que la famille, les amis et les proches offrent à la personne vivant des difficultés.

Dimensions du soutien social

Le soutien social peut se définir par diverses sous-dimensions. Dans la littérature, « *il ne semble [donc] pas exister de consensus clairement établi autour de la définition et de l'opérationnalisation du concept de soutien social* » (Beauregard & Dumont, 1996).

Cependant, Beauregard et Dumont (1996) ont trouvé des lignes directrices communes parmi les manières variées de définir ce concept. Le soutien social peut se définir par trois sous-dimensions: le *réseau de soutien*, les *comportements de soutien* et l'*appréciation subjective du soutien*. La figure de la page suivante illustre ces sous-dimensions.

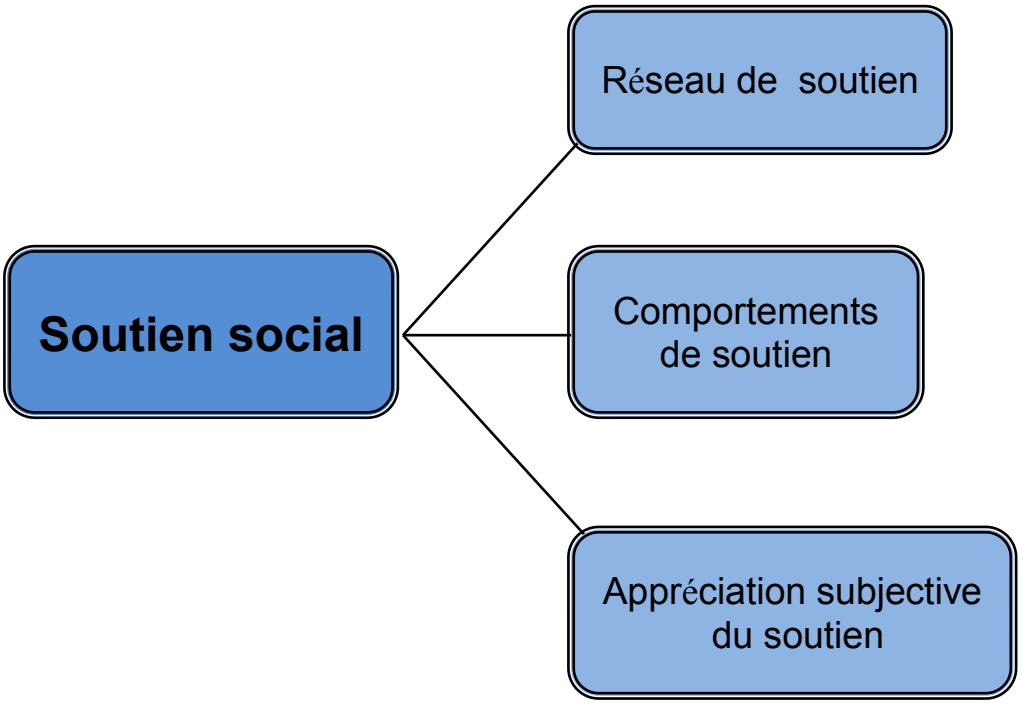

Figure 3. Dimensions du soutien social selon Beauregard et Dumont (1996)

Une première dimension du soutien social est le *réseau de soutien*. Il fait référence aux caractéristiques du réseau sur le plan de sa grandeur, sa structure et ses relations (Vaux et al., 1986). Les *comportements de soutien* représentent une deuxième dimension du soutien social. Ils réfèrent au soutien concret regroupant les actions des personnes qui fournissent du soutien. Les *comportements de soutien* sont, par exemple, l'écoute, l'aide offerte tant pour la réalisation d'une tâche, l'aide financière et la démonstration d'affection (Tardy, 1985). Une troisième dimension du soutien social est l'*appréciation subjective de soutien social*. Elle sous-tend l'idée que le soutien est associé à une expérience personnelle (Buchanan, 1995). Le soutien social est examiné comme étant une expérience subjective

plutôt que par un ensemble de critères objectifs (Barrera, 1986; Streeter & Franklin, 1992). Plus spécifiquement, cette dimension inclut le sentiment d'être suffisamment soutenu, la satisfaction envers le soutien reçu, la perception que les besoins de soutien sont comblés et qu'en cas de besoin, le soutien est disponible et adéquat (Barrera, 1986; Streeter & Franklin, 1992). L'*appréciation subjective du soutien social* évalue davantage la qualité de soutien que ses aspects structurels (Tracy & Abell, 1994).

Puisque dans le cadre de ce projet de mémoire, l'expérience subjective des adolescents est explorée et que l'attention est portée sur la qualité des relations plutôt que sur la quantité, il est davantage question d'*appréciation subjective du soutien social*.

Comment mesurer l'appréciation subjective du soutien social?

La mesure du soutien social a fait l'objet de plusieurs recherches. De nombreux instruments de mesure existent afin d'évaluer une ou plusieurs dimensions du soutien social. Beauregard et Dumont (1996) en ont recensés plus d'une quarantaine. Bien qu'il en existe plusieurs, il convient d'être vigilant dans le choix de l'instrument à utiliser, puisque leurs qualités psychométriques peuvent varier. Certains instruments de mesure présentant de bonnes qualités métrologiques permettent une évaluation de la dimension de l'*appréciation subjective du soutien social*. Les thèmes abordés pour l'évaluation de cette dimension du soutien social sont, par exemple, dans le *Norbeck Social Support Questionnaire* (NSSQ), la qualité des relations de la personne. La qualité de ces relations est mesurée à la suite de l'identification de personnes significatives et des types de relations (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981). Un autre instrument de mesure, le *Social Support Appraisals Scale* (SS-A), comporte une section mesurant l'*appréciation subjective du soutien social*. Il interroge les perceptions de la personne au sujet de l'amour, de l'affection et de l'estime que les relations avec ses proches lui procurent. En plus, il évalue le degré d'engagement de la personne dans ses relations (Vaux et al., 1986). D'un autre côté, une étude qualitative a été réalisée sur la nature et la signification des expériences de soutien social lors de points tournants de la vie (King et al., 2006). Elle évalue comment divers facteurs, dont le soutien social, peuvent faciliter ou nuire à l'adaptation face à diverses situations. Parmi ces situations, il y

a le fait de s'engager dans une démarche thérapeutique et d'y persévérer. C'est cette approche de nature qualitative qui a été choisie dans le cadre de ce mémoire, tel que précisé dans le chapitre suivant, pour explorer le processus d'engagement dans la démarche thérapeutique.

Voici un schéma du processus d'engagement dans la démarche thérapeutique. Le processus de demande d'aide est illustré en relation avec des facteurs agissant comme des barrières ou des facilitateurs à ce processus et la persévérance dans le traitement est en relation avec les divers facteurs pouvant l'influencer.

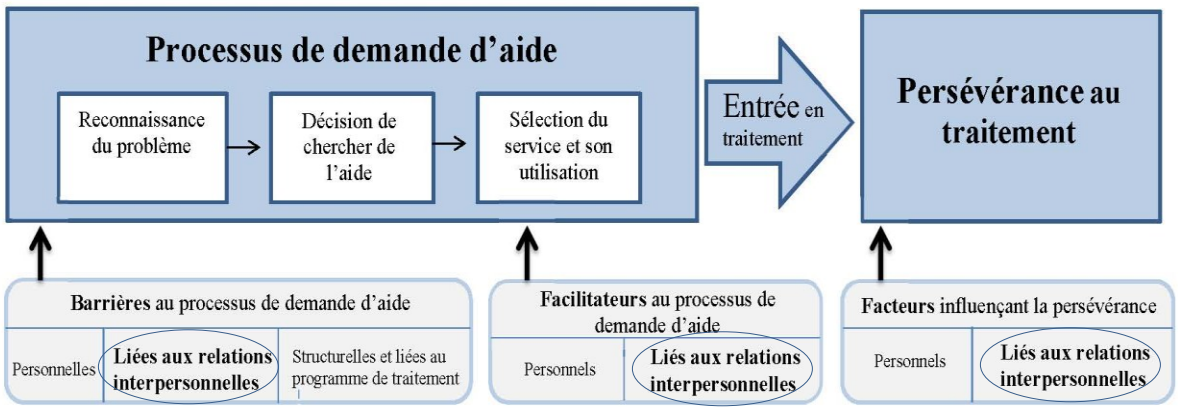

Figure 4. Processus d'engagement dans la démarche thérapeutique

En résumé, la consommation de substances psychoactives n'est pas problématique dans tous les cas. Cependant, les enquêtes menées auprès des adolescents ont soulevé des prévalences inquiétantes de consommation abusive d'alcool et de drogues chez cette population. Ce type de consommation peut entraîner des conséquences de nature physique, psychologique, sociale ou autre chez les consommateurs. En s'attardant sur les modèles d'intervention reconnus auprès de cette population, il y a constat que des modèles efficaces sont offerts aux adolescents vivant des difficultés liées à la consommation de SPA. Il faut alors se poser la question suivante: pourquoi la prévalence de consommation problématique

demeure élevée auprès des jeunes consommateurs de SPA, malgré l'existence de traitements efficaces? Une revue de littérature sur la demande d'aide et sur la persévérance en traitement révèle que de nombreux facteurs sont susceptibles d'influencer ce processus. Parmi ceux-ci, plusieurs sont liés à l'environnement social, plus spécifiquement au réseau social. Cependant, son rôle précis reste peu connu. Il est donc pertinent de se poser la question suivante, que nous explorerons dans le contexte de ce projet de recherche: quel est le rôle du réseau social sur la trajectoire thérapeutique des jeunes vivant des difficultés liées à leur consommation de SPA? Les précisions de la trajectoire thérapeutique permettent de donner une orientation plus spécifique au projet de mémoire, par ces deux questions de recherche:

- Quel est le rôle du réseau social dans le processus de demande d'aide chez des adolescents vivant des difficultés liées à leur consommation de SPA?

- Quel est le rôle du réseau social dans la persévérance en traitement chez les adolescents vivant des difficultés liées à leur consommation de SPA?

Chapitre 3: Méthode de recherche

Perspective épistémologique: le constructivisme

Dans le cadre de ce projet de recherche, la production de la connaissance est vue avec la lunette du constructivisme. Selon ce paradigme épistémologique, la connaissance est le fruit de la construction que le sujet se fait de la réalité lorsqu'il est en contact et en interaction avec celle-ci (Berger & Luckmann, 1967). La personne se construit une réalité en fonction des éléments intégrés. La réalité est donc, en quelque sorte, relative. En ce sens, ce n'est pas une seule et unique réalité qui est perçue par tous. Chaque personne se reconstruit sa propre réalité en fonction de ses connaissances et autres éléments expérientiels intégrés. Cette réalité est donc liée à l'organisation d'un monde constitué par l'expérience de la personne ainsi qu'à son monde subjectif et non à une réalité objective (Von Glasersfeld, 1989; Watzlawick, 1988).

Ce projet s'inscrit dans le cadre de ce paradigme puisque son intérêt central est de connaître le vécu des jeunes ainsi que la représentation qu'ils se font de leur réalité (Guba & Lincoln, 1989). Selon Le Moigne (1995), le réel est inexistant sans les représentations de la personne. Il convient donc de questionner les jeunes au sujet de leur expérience subjective et d'explorer l'appréciation qu'ils ont de leur réseau social, parce qu'ils sont les seuls à pouvoir en donner une vision juste. Le constructivisme place l'acteur au cœur du processus d'acquisition des connaissances (Le Moigne, 1995).

Approche qualitative

La méthode qualitative s'est avérée être la plus appropriée pour ce projet de recherche et ce, pour différents motifs. Elle a rendu possible d'aller à la rencontre de la réalité des jeunes. Elle a permis de plonger dans leur vécu et de recueillir les informations les plus pertinentes, selon les principaux intéressés: les adolescents. De plus, il a été possible via cette approche d'explorer en profondeur l'expérience des adolescents quant à leur formulation d'une demande d'aide et quant aux motifs sous-tendant leur persévérance dans le traitement,

constamment en interactions avec leur réseau social. Pour ces différentes raisons, la méthode qualitative s'est avérée être la plus pertinente. Elle a permis de vraiment dégager le rôle du réseau social sur la trajectoire thérapeutique des jeunes et ce, tel qu'ils le conçoivent. L'approche choisie devait permettre aux adolescents d'être en mesure de qualifier leurs relations (Barrera, 1986). Pour ces diverses raisons, l'approche qualitative était la mieux indiquée pour cette étude.

Type de recherche

Il s'agit d'une recherche exploratoire. En effet, elle représente le type de recherche qui convient le mieux à ce projet de mémoire puisqu'elle porte sur un sujet sur lequel il y a peu d'informations préalables. Effectivement, une bonne opportunité a rendu possible que cette recherche se déroule dans un contexte particulier, les *Mécanismes d'Accès Jeunesse en Toxicomanie* (MAJT). Dans ce contexte, aucune étude n'a été réalisée spécifiquement sur l'influence du réseau social sur la trajectoire thérapeutique des jeunes. Cette recherche permet de mieux cerner le rôle du soutien social dans ce contexte. Le choix de ce type de recherche est également cohérent avec l'utilisation de l'approche qualitative, puisque les données recueillies dans le cadre d'une recherche exploratoire sont principalement de nature qualitative. Le type de recherche exploratoire nécessite une méthode de recherche non structurée et flexible.

Contexte de l'étude

La population à l'étude est composée d'adolescents vivant des difficultés liées à leur consommation de SPA, âgés entre 14 et 17 ans, qui reçoivent des services dans le contexte des MAJT à Québec, à Trois-Rivières, en Estrie et à Montréal. Les centres de réadaptation en dépendance (CRD) orchestrant les MAJT dans chacune des régions sont le CRD de Québec, le CRD Domrémy Mauricie Centre-du-Québec, le CRD de l'Estrie et le CRD de Montréal, Institut universitaire. Les MAJT sont des guichets d'accès centralisés où les jeunes sont reçus sur référence. Ces adolescents référés ont été détectés comme vivant une problématique de consommation. Ils ont généralement obtenu feu rouge à la DEP-ADO. À

leur arrivée au CRD, leur situation de consommation de SPA et leur fonctionnement général sont évalués par une équipe de spécialistes et ils sont par la suite orientés vers les services les plus appropriés au sein de la gamme des services spécialisés en dépendance. Il peut s'agir de services externes ou de services internes court terme (trois mois) ou long terme (six mois ou plus). Ce système a été implanté au sein des seize centres régionaux de réadaptation en dépendances du Québec. En bref, le processus référentiel des MAJT fonctionne ainsi: le service de première ligne réfère le jeune au CRD de sa région où l'adolescent est évalué et orienté vers un service spécialisé. Le schéma suivant représente bien ce processus.

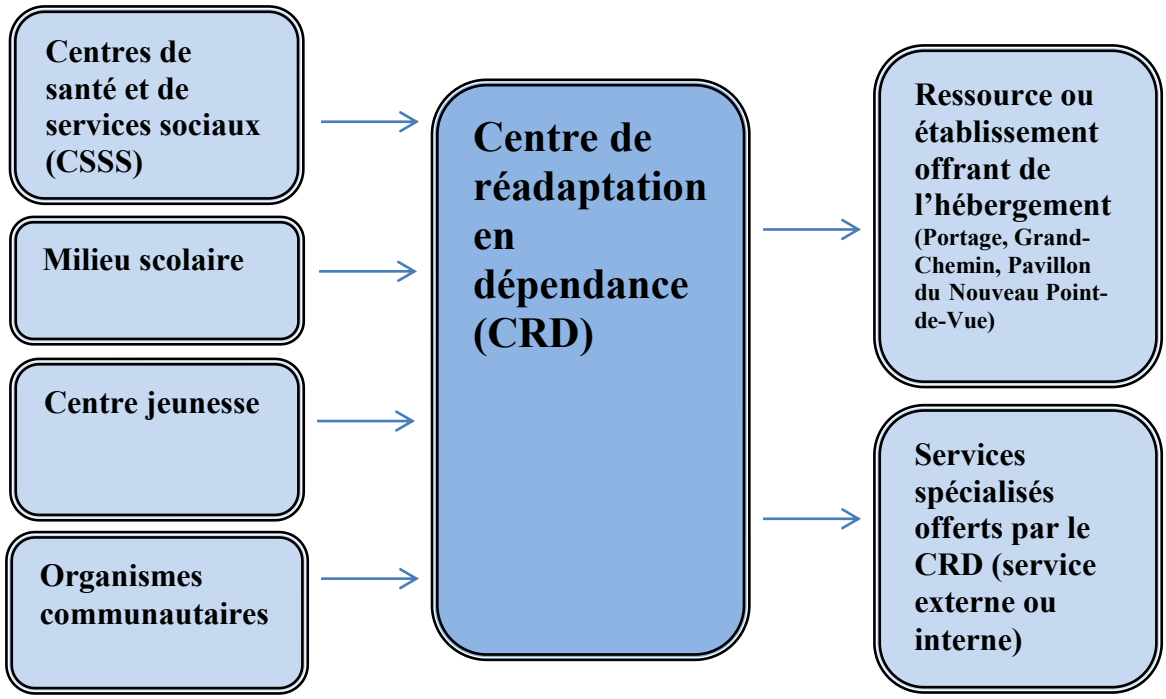
Centres de santé et de services sociaux (CSSS)
Milieu scolaire
Centre jeunesse
Organismes communautaires
Centre de réadaptation en dépendance (CRD)
Ressource ou établissement offrant de l'hébergement (Portage, Grand-Chemin, Pavillon du Nouveau Point-de-Vue)
Services spécialisés offerts par le CRD (service externe ou interne)

Figure 5. Processus des Mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT)

Adolescents à l'étude

Ce sont des adolescents âgés entre 14 et 17 ans qui ont été sollicités pour participer à ce projet de mémoire, dans le contexte des MAJT expliqué précédemment. La possibilité que participe un adolescent de 13 ans n'était pas écartée, bien qu'aucun n'ait participé. Cela est cohérent avec l'âge des jeunes rencontrés dans le contexte à l'étude: les jeunes consultant

les MAJT ont en moyenne 15 ans. Ils ont rarement 12 ans ou moins (moins de 1%) et 91,5% d'entre eux se situent entre 14 et 17 ans (Tremblay, Blanchette-Martin, & Garceau, 2004).

Stratégie de recrutement des participants

Les sujets à l'étude avaient déjà participé au projet plus large dans lequel ce mémoire est intégré. Il s'agit d'une étude provinciale visant à évaluer les MAJT (Tremblay et al., 2014). Parmi cette banque de jeunes, seuls ceux dont le jeune et les parents ont consenti à ce que l'adolescent soit recontacté pour participer à un futur projet de recherche ont été relancés pour le mémoire actuel. Le formulaire de consentement (jeunes et parents) utilisé dans le projet de M. Tremblay et ses collègues est présenté en *ANNEXE I*. Ce formulaire a permis de recueillir les coordonnées des adolescents afin qu'ils soient possiblement contactés pour d'autres projets de recherche liés au projet *Évaluation des MAJT* à l'intérieur des 36 mois suivant leur participation à ce projet initial. Concernant le projet de mémoire ici présenté, les adolescents éligibles ont été contactés par un appel téléphonique les invitant à participer au projet de recherche. Ils étaient libres d'accepter ou non de participer à cette étude. Préalablement à cette seconde entrevue, les jeunes et leurs parents devaient autoriser par écrit la participation de l'adolescent, via des formulaires de consentement prévus à cet effet (*ANNEXE II et ANNEXE III*). Une lettre d'information a été envoyée aux parents afin de solliciter leur consentement (*ANNEXE IV*).

Mode de collecte de données

Les données recueillies proviennent de deux sources principales. Premièrement, une analyse de données secondaires a été effectuée. Il s'agit de données qui ont été recueillies dans le cadre du projet de recherche intitulé *Évaluation des MAJT*, au moyen d'entrevues semi-structurées. Le protocole de cette entrevue est présenté en *ANNEXE V*.

Dans un deuxième temps, les participants ont été contactés par téléphone et invités à participer au présent projet de recherche environ trois mois suivant la première entrevue. Leur participation consistait en une entrevue individuelle semi-structurée d'une durée variant entre 45 et 90 minutes. La durée de l'entrevue est variable selon l'ampleur des propos du participant. Ces entrevues individuelles ont eu lieu dans les locaux du CRD de la région de provenance de l'adolescent ou au centre d'hébergement du Centre jeunesse (CJ). Par exemple, pour la région de la Mauricie/Centre-du-Québec, des entrevues ont eu lieu dans les locaux du CRD Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec. Elles se sont déroulées à un moment qui convenait aux disponibilités du participant et de l'établissement. Les entrevues traitaient de différents aspects du réseau social des adolescents. Ils étaient invités à expliquer leurs démarches au sein des services spécialisés tout en verbalisant au sujet de leur réseau social et de l'influence de ce réseau sur leur trajectoire thérapeutique (demande d'aide et persévérance en traitement). Les sujets précis sur lesquels les adolescents ont été questionnés lors de cette deuxième entrevue sont présentés dans le protocole d'entretien en *ANNEXE VI*. Les entrevues ont été enregistrées sur support audio et transcrites mot pour mot pour être ensuite utilisées à des fins d'analyses qualitatives.

Analyse des données

La méthode d'analyse des données utilisée dans le cadre de ce projet de mémoire est l'analyse de contenu. Elle permet l'extraction de la signification des données collectées préalablement. L'analyse de contenu se réalise en diverses étapes: *préparation du matériel*, *préanalyse*, *exploitation du matériel*, *analyse et interprétation des résultats* (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, & Turcotte, 2000). Dans un premier temps, la *préparation du matériel* consiste en la transcription mot pour mot des entrevues qualitatives. Il est important que ces transcriptions soient fidèles aux entrevues tant au niveau du contenu qu'au niveau du contexte. Deuxièmement, à l'étape de la *préanalyse*, une lecture flottante des transcriptions d'entrevues est effectuée. Cette lecture permet la familiarisation avec le matériel faisant l'objet de l'analyse. Cette première lecture favorise l'émergence de thèmes généraux vers lesquels la codification est orientée. À l'étape de l'*exploitation du matériel*, le fastidieux travail de codification est réalisé. Les données sont codées en de multiples

unités de sens. Dans le cadre de ce projet de mémoire, le logiciel d'analyse qualitative *N-Vivo 9* a été utilisé afin de faciliter la classification du matériel. Les catégories d'analyse ont été déterminées par une méthode mixte, soit de façon déductive et de façon inductive. Le guide de codification a été élaboré à partir des concepts préalablement définis (trajectoire thérapeutique et réseau social) et des catégories émergentes en cours d'analyse (*ANNEXE VII*). Finalement, l'*analyse et l'interprétation* est l'étape au cours de laquelle, les unités de sens étant catégorisées, il est possible de dégager les idées principales des entrevues qualitatives et de faire des liens entre ces idées (Mayer et al., 2000).

Ce chapitre a présenté la méthodologie utilisée dans le cadre de ce projet de mémoire. Les éléments de la méthodologie rejoignent les critères de scientificité qui doivent orienter la recherche qualitative. Le choix de procéder par entrevues qualitatives témoigne du souci d'explorer en profondeur l'expérience vécue par les adolescents puisque cette procédure favorise un degré élevé d'exactitude entre l'information recueillie et la réalité des adolescents. De plus, il a été décidé de faire une exploration en deux temps, soit deux entrevues qualitatives, pour obtenir une meilleure compréhension de la situation de chaque adolescent et pour créer un climat de confiance propice à l'exploration en profondeur de l'expérience de chacun. Cette investigation sur deux entrevues permet de « *cerner les processus sociaux fondamentaux pouvant expliquer l'évolution de la situation à l'étude* » (Poupart et al., 1997), en l'occurrence, le rôle du réseau social dans la trajectoire thérapeutique, favorisant ainsi une plus grande fidélité des données. Les résultats de cette démarche sont présentés dans le chapitre suivant, lequel débute par la présentation du profil des participants.

Chapitre 4: Résultats

Profils des répondants

Les participants au projet de recherche sont neuf adolescents des régions de la Capitale-Nationale, l'Estrie, Montréal et la Mauricie/Centre-du-Québec. Quatre des adolescents rencontrés sont des filles et cinq des garçons, tous âgés entre 14 et 17 ans. Au moment des entrevues, quatre adolescents ne fréquentaient plus l'école secondaire alors que cinq étaient à l'école. Deux des participants vivaient en hébergement au CJ et la balance des adolescents vivaient avec un, deux parents ou un tuteur légal. Lors de la deuxième entrevue, huit adolescents ne recevaient plus de services spécialisés en dépendance et un était en service interne au CRD. Voici les portraits plus détaillés de chacun des participants. Par souci de confidentialité, les prénoms des jeunes ont été changés.

Amélie

La dynamique Amélie (14 ans), qui pratique la danse, est la cadette d'une famille de quatre enfants. Ses parents sont séparés. Elle habitait en garde partagée, mais est actuellement en hébergement au CJ. Elle entretient de bonnes relations avec son père, cependant la relation avec sa mère est difficile et conflictuelle. Son réseau social est riche d'amitiés. Il est composé d'amis d'enfance et d'adolescents avec qui elle vit au CJ, certains consomment et d'autres ne consomment pas. Elle a également développé des liens significatifs avec des intervenants du CJ. Son historique de relation d'aide se limite à des services reçus d'une travailleuse sociale (t.s.), à l'âge de 12 ans, sur une période d'un an en raison des relations qui étaient difficiles avec sa fratrie.

Les événements qui l'ont conduite à l'épisode de service au cours duquel elle a été rencontrée pour les fins de ce mémoire ont débuté à l'âge de 13 ans. Elle a parlé pour la première fois de ses difficultés liées à la consommation de SPA à un professeur qui avait remarqué chez elle des symptômes d'intoxication. Ce dernier l'a orientée vers l'intervenante en toxicomanie du milieu scolaire. Cette intervenante a détecté que des services spécialisés seraient bénéfiques pour l'adolescente et lui a recommandé de

rencontrer une intervenante du CRD. Ces événements ont coïncidé avec son arrivée au centre d'hébergement du CJ, à la suite d'un épisode important d'intoxication qui a pris fin à l'hôpital. En quittant son école, elle a perdu la piste de l'intervenante du milieu scolaire. L'outil de détection en dépendance lui a été administré à nouveau au CJ. Par la suite, elle a débuté des rencontres de suivi externe avec une intervenante du CRD qui lui rendait visite hebdomadairement au CJ. L'intervenante lui a proposé un séjour en thérapie interne. L'adolescente a fait une visite du centre de thérapie interne et a, par la suite, intégré les services. La durée prévue de la thérapie était de six mois, mais elle y est restée un total de deux mois. Elle a tenté de quitter l'endroit à trois reprises. Sa dernière tentative était motivée par le départ d'un garçon avec qui elle s'était liée d'amitié au centre de thérapie interne. Finalement, elle a quitté le centre à la suite d'une soirée où elle a vécu des tensions relationnelles. Cela faisait déjà trois mois et demi qu'elle n'avait pas consommé lorsqu'elle a recommencé l'utilisation de SPA, mais moins fréquemment qu'avant son séjour au centre de thérapie interne.

Au moment de la seconde entrevue, l'adolescente consomme occasionnellement. Dans le futur, elle souhaite diminuer sa consommation et idéalement cesser complètement. Ayant déjà tenté de rejoindre son intervenant du CRD sans succès, elle planifie faire d'autres tentatives pour la rejoindre. L'adolescente aimerait retourner en centre de thérapie interne, car elle ne pense pas pouvoir arrêter de consommer sans aide.

Béatrice

L'adolescente, sociable et toujours partante pour faire de nouvelles activités, est l'aînée d'une famille de deux enfants. Béatrice (15 ans) habite chez ses parents avec sa petite soeur. L'atmosphère familiale est parfois conflictuelle, mais en général les relations sont positives. Plusieurs amis consommateurs et non-consommateurs composent son réseau social, elle passe le plus clair de ses temps libres en présence de ses amis. L'adolescente suit un cheminement scolaire régulier. L'unique relation d'aide qu'elle a connue dans le passé est le contact avec un travailleur social pour travailler à rendre le climat familial plus agréable.

Les événements qui ont amené l'adolescente à vivre l'épisode de service au cours duquel elle a été rencontrée dans le cadre de ce mémoire ont débuté au moment du décès de son grand-père. Cet événement, combiné à l'accessibilité de SPA, a précipité l'adolescente dans une consommation excessive. L'utilisation de SPA n'était plus un plaisir, mais un soulagement d'émotions négatives. Le portrait de son réseau social s'est alors modifié: certains amis non-consommateurs se sont éloignés et de nouveaux liens d'amitié se sont créés avec des adolescents qui consomment. L'atmosphère à la maison s'est dégradée. Beaucoup de conflits étaient liés aux habitudes de consommation de l'adolescente et le manque de confiance des parents régnait. Au cours de l'été un événement négatif majeur lié à la consommation est survenu. Nous n'avons pas de précision sur la nature de cet événement. Dans ce contexte l'adolescente a vécu un passage au centre hospitalier où elle a rencontré un homme du centre de crise. Ce dernier l'a questionnée sur ses habitudes de consommation et a contacté son travailleur social rencontré dans le passé. Au cours du mois suivant l'événement négatif, l'adolescente est restée un mois à la maison, sous la surveillance de ses parents. Elle n'a pas consommé au cours de cette période. Le travailleur social a pris contact avec l'adolescente et l'a orientée vers le CRD. Elle y a débuté des services hebdomadaires (ou aux deux semaines) en suivi individuel. Elle a apprécié ces services. Certaines rencontres se sont déroulées en présence de ses parents et ces derniers ont aussi eu des rencontres seuls avec l'intervenante. Béatrice a établi un bon lien de confiance avec l'intervenante et a acquis de nombreux trucs pour réduire sa consommation ainsi qu'une meilleure compréhension des comportements et des peurs qu'avaient ses parents. L'atmosphère à la maison s'est améliorée, la confiance des parents envers l'adolescente s'est rétablie. Certaines amitiés perdues en raison de la consommation ont été retrouvées. L'adolescente a mis fin aux services du CRD lorsqu'elle a jugé avoir cumulé suffisamment de trucs pour poursuivre son chemin seule.

Au moment de la seconde entrevue, l'adolescente consomme occasionnellement et seulement en contexte de plaisir. La musique et la lecture sont utilisées pour se détendre et soulager les tensions plutôt que la consommation. Elle mentionne se garder la porte ouverte

pour recontacter au besoin son intervenante du CRD si sa situation de consommation venait à se détériorer.

Cédric

L'adolescent, qui aime les sports extrêmes, est le deuxième d'une famille de quatre enfants. Cédric (17 ans) habite en hébergement au CJ. L'adolescent entretient des relations positives avec sa mère et il n'est pas en contact avec son père consommateur. Son beau-père est consommateur. Son réseau social est composé de plusieurs adolescents du CJ, de coéquipiers sportifs et d'une amoureuse rencontrée en centre de thérapie interne. La majorité de ses amis sont non-consommateurs, mais certains consomment. Il a développé des liens significatifs avec des intervenants du CJ. Son historique dans les services sociaux est chargé, il reçoit des services depuis l'âge de trois ans (DPJ, t.s., CRD, CJ).

Les événements qui l'ont conduit à l'épisode de service au cours duquel il a été rencontré dans le cadre de ce projet de mémoire ont débuté lors d'une période où il ne résidait plus au CJ. Il s'absentait de l'école fréquemment pour consommer avec des amis. Le milieu scolaire lui a recommandé de débuter un suivi au CRD, ce qu'il a accepté sans toutefois reconnaître qu'il vivait des difficultés. Son absentéisme aux rencontres avec un intervenant du CRD et à l'école a entraîné son retour vers l'hébergement du CJ où la poursuite du suivi au CRD lui a été suggérée. À la suite de l'évaluation spécialisée, une orientation dans un centre de thérapie interne lui a été proposée. Il a refusé cette orientation sur le moment, pour finalement l'accepter. Il a complété la thérapie interne de deux mois. Par la suite, il a fait deux mois de suivi postcure sur les quatre mois prévus. Cet arrêt prématuré était en raison d'une rechute. Le CJ lui a par la suite proposé de retourner à ce même centre de thérapie interne, ce que l'adolescent a refusé. Il s'est informé sur les alternatives et a été attiré par un autre centre de thérapie interne qui offre un séjour de plus courte durée et où un fort accent est mis sur les sports. Il y a débuté un séjour quatre mois plus tard. À la suite de cette thérapie, il a participé à deux ressourcements offerts par le centre de thérapie et il a connu une période d'abstinence de huit mois. Par la suite, il a fait une rechute et le CRD a alors fermé son dossier, sous motif qu'il manquait de motivation pour s'en sortir. Il est

retourné aux séances de ressourcement précédemment fréquentées et il a cessé de consommer.

Au moment de la seconde entrevue, l'adolescent ne consomme plus. Son amoureuse, rencontrée au centre de thérapie interne, et lui se soutiennent dans leur abstinence. Cédric projette maintenir son abstinence et poursuivre les ressourcements. À sa sortie du CJ, il vise s'investir dans l'entraînement physique et le karaté, des passions qu'il a découvertes au cours de son séjour au centre de thérapie interne axé sur les sports. Il se laisse la porte ouverte pour recontacter, au besoin, ce dernier centre.

Guillaume

L'adolescent sportif, toujours à la recherche de sensations fortes et de nouveauté, est le cadet d'une famille de trois enfants. Guillaume (16 ans) habite chez ses parents avec qui les relations sont généralement positives. Son réseau social est composé d'amis d'enfance, d'amis sportifs et d'amis plus âgés consommateurs. L'adolescent suit un cheminement scolaire régulier. Son historique de relation d'aide se limite à des services reçus d'une t.s. pour améliorer le climat familial.

Les événements qui l'ont conduit à l'épisode de service au cours duquel il a été rencontré pour les fins de ce mémoire ont débuté par la détérioration de l'atmosphère à la maison. Guillaume écoutait peu les directives de ses parents, il était souvent sorti et les chicanes se sont multipliées. Son réseau social a changé, il s'est éloigné de ses amis d'enfance non-consommateurs et il a commencé à fréquenter des nouveaux contextes (ex. raves) ce qui l'a amené à côtoyer des nouveaux groupes avec qui il a consommé une grande variété de SPA. L'adolescent était fatigué en classe, mais son rendement académique n'a pas été perturbé. Ses parents ont découvert qu'il consommait des drogues. Les SPA sont devenues le principal sujet des disputes. Ses parents ont fait appel aux services d'une t.s. du CLSC. Dans la même période, à la suite d'un signalement, des intervenants de la DPJ ont rencontré l'adolescent et ses parents. La t.s. du CLSC a détecté que l'adolescent avait des habitudes

de consommation problématiques et lui a fortement conseillé d'aller au CRD. L'adolescent a fait quelques rencontres d'accueil au CRD. Il a mis un terme aux rencontres lorsque sa consommation avait diminuée et puisqu'il ne voyait pas l'utilité de ces rencontres. Il a repris contact avec ses amis d'enfance tout en conservant certaines amitiés crées dans l'épisode où il consommait beaucoup. L'atmosphère à la maison s'est améliorée.

Au moment de la seconde entrevue, l'adolescent continue à consommer occasionnellement. Il éprouve de la difficulté à imaginer quelles seront ses futures habitudes de consommation car, sans qu'il puisse se l'expliquer, il dit régulièrement changer d'idées, d'intérêts et d'habitudes. Il ne sait pas s'il augmentera, diminuera ou conservera ses habitudes de consommation actuelles. Pour le moment il n'envisage pas recevoir d'autres services spécialisés, mais se laisse la possibilité de recontacter le CRD au besoin.

Hélène

Adolescente calme et réservée, Hélène (15 ans) est la cadette d'une famille de trois enfants. Elle habite chez ses parents. Les relations sont excellentes avec sa mère, elle n'a toutefois pas d'atomes crochus avec son père. Son réseau social est principalement composé de son ami de cœur qui est contre l'utilisation de SPA et de ses amis qui consomment tous. Elle suit un cheminement scolaire régulier. L'unique relation d'aide reçue dans le passée a été un suivi avec une t.s. au cours de ses premières années à l'école secondaire, en raison de difficultés scolaires.

Les événements qui l'ont conduite à l'épisode de service au cours duquel elle a été rencontrée pour les fins de ce mémoire ont débuté lors d'une consultation auprès de l'infirmière de l'école, pour des raisons de santé. Cette dernière a investigué sur les habitudes de consommation de l'adolescente et a détecté que sa situation bénéficierait de services spécialisés en dépendance. L'infirmière lui a proposé une référence au CRD. Une semaine plus tard, l'adolescente a eu une première rencontre en suivi individuel avec l'intervenante du CRD, dans son milieu scolaire. L'adolescente avait comme objectif de

limiter ses activités de consommation aux jours de fins de semaines et de ne pas consommer les jours d'école, puisque cela nuisait à ses études. La fréquence de consommation a diminué au fil des rencontres. L'adolescente a changé d'école et a cessé de rencontrer l'intervenante du CRD. Les tentations de consommer étaient moindres puisqu'elle était entourée de nouveaux adolescents à cette nouvelle école. Elle se trouvait loin de ses amis consommateurs et la semaine elle voyait seulement son conjoint qui ne consomme pas. L'intervenante du CRD a tenté de recontacter l'adolescente à multiples reprises sans retour d'appel. L'adolescente ne souhaitait plus poursuivre les rencontres puisque sa consommation avait diminuée. Elle a par la suite connu une augmentation de sa consommation, ce qui coïncidait avec une période où elle voyait ses amis consommateurs. Elle a alors caressé l'idée de recontacter l'intervenante, mais elle ne l'a pas fait. L'adolescente s'est donnée des trucs pour réduire sa consommation, par exemple l'achat de plus petites quantités de SPA. Ses tentatives ont été fructueuses puisque sa consommation a diminuée.

Au moment de la seconde entrevue, l'adolescente consomme peu la semaine et régulièrement la fin de semaine. Elle projette recontacter l'intervenante du CRD si elle en sent le besoin. Elle souhaite continuer à consommer de façon modérée.

Marie

Marie (15 ans), timide et intellectuelle, est l'aînée d'une famille de trois enfants. Ses parents sont séparés. Elle habite chez sa mère avec qui les interactions sont difficiles. Les relations sont positives avec son père. Au moment des entrevues, son réseau social est principalement composé d'amis non-consommateurs et des membres qu'elle fréquente aux Narcotiques Anonymes (NA), puisqu'elle s'est éloignée des membres de son réseau social qui consommaient. L'adolescente suit un cheminement scolaire régulier. Dans le passé, elle a vu un intervenant à l'école secondaire en lien avec ses habitudes de consommation et a participé à des rencontres de groupe en milieu scolaire, animées par une intervenante de CRD.

Les événements qui l'ont conduite à l'épisode de service au cours duquel elle a été rencontrée dans le cadre de ce mémoire ont débuté lorsqu'elle a connu une période de consommation excessive. Bien qu'elle avait l'habitude de consommer avec des amis, elle a commencé à s'isoler et à consommer seule. Elle en a parlé avec sa frère qui était d'une bonne écoute, mais qui n'a pas enclenché de démarches. Alors qu'elle percevait la vie d'un œil très négatif et qu'elle se sentait malheureuse, elle s'est confiée à une amie qui a fait un premier pas vers un intervenant de l'école. Ce dernier a contacté Marie pour lui dire qu'il quittait en vacances et lui a donné le nom d'un autre intervenant qu'elle pouvait solliciter. Elle n'a pas contacté cet intervenant, par timidité. La participante a pris la décision d'expliquer ce qu'elle vivait à son père. Ce dernier a fait des démarches et a recontacté sa fille pour lui annoncer qu'il lui avait planifié un rendez-vous au CRD. Elle y a rencontré une intervenante à quelques reprises et elle est entrée en centre de thérapie interne. Elle y a développé un fort lien de confiance avec une intervenante qui faisait preuve d'écoute et elle s'est liée d'amitié avec un garçon qui avait entamé les services dans la même période. Ils se sont soutenus mutuellement. Elle a complété sa thérapie et tout en restant en contact avec le centre de thérapie interne, elle a commencé à fréquenter un groupe de NA.

Au moment de la seconde entrevue, l'adolescente est abstinente depuis neuf mois et s'isole moins. Elle projette maintenir son abstinence et y parvenir par la poursuite des rencontres NA en plus de s'entourer d'un réseau social positif non-consommateur. Dans le futur, elle se laisse la porte ouverte pour retourner au centre de thérapie interne, s'il advenait qu'elle vive une rechute ou qu'elle ait des difficultés à contrôler sa consommation. De plus, elle recontactera possiblement une personne ressource de l'école avec qui le contact avait été positif.

Olivier

Olivier (17 ans), qui est musicien, habite avec sa mère et son beau-père. Il est le cadet de cinq enfants, lesquels ont quitté le nid familial. Il n'a aucun contact avec son père. Les relations sont généralement positives avec sa mère. Son beau-père consommateur habite

dans le foyer familial depuis peu. Son réseau social est majoritairement composé d'amis consommateurs, mais il s'est éloigné de certains d'entre eux. Il ne fréquente plus le milieu scolaire. Son historique dans les services sociaux a débuté à l'âge de quatre ans lorsqu'il est arrivé dans une famille d'accueil où il a vécu pendant cinq ans. Il est suivi par une t.s. depuis.

Les événements qui l'ont conduit à l'épisode de service au cours duquel il a été rencontré pour les fins de ce mémoire ont débuté par un vol de voiture suivi d'une fugue qui lui ont coûté un passage d'un an au centre d'hébergement du CJ. C'est dans ce contexte qu'il a abordé le sujet de la consommation avec un intervenant du CJ. Il se sentait en confiance avec cet intervenant et il a ouvert la discussion sur ses tentations à consommer, par crainte de succomber à ses envies et de voir son passage au CJ s'allonger. L'intervenant l'a mis en contact avec le CRD et il y a débuté des services sous formes de rencontres de groupe dans les locaux du CJ. Il a participé à deux rencontres avant de quitter le CJ pour déménager dans une nouvelle ville située à quelques heures de sa ville d'origine. Il a alors connu un grand bouleversement de son réseau social. Il y a eu rupture avec sa blonde, il a quitté ses amis et s'est éloigné de sa fratrie. À sa nouvelle école, il s'est lié avec des adolescents qui consommaient et il a continué à consommer. Peu de temps après il a cessé d'aller à l'école. Il était toujours en contact avec le CRD et il y a débuté des rencontres externes hebdomadaires croyant que ce serait des rencontres de groupe, comme ce qu'il avait connu précédemment. Il a été déçu de constater que cette fois-ci c'était sous la modalité individuelle. Il a mis un terme aux rencontres au CRD, car il trouvait les rencontres peu utiles et il manquait de motivation.

Au moment de la seconde entrevue, la fréquence de consommation de l'adolescent suit une pente descendante. Il voit la consommation comme une envie contre laquelle il va se battre toute sa vie. Il ne souhaite pas recontacter le CRD pour l'instant, car il se dit trop anxieux et orgueilleux. Toutefois, il se laisse la possibilité de relancer la ressource éventuellement si, malgré qu'il ait tout essayé pour diminuer sa consommation, il manque de moyen pour la

contrôler. Il envisage continuer de consommer occasionnellement et peut-être éventuellement arrêter complètement.

Philippe

Philippe (16 ans), amateur d'ébénisterie, est l'aîné de quatre enfants. Ses parents sont séparés. Il habite avec sa mère, son beau-père et sa fratrie. Les relations sont généralement positives avec sa mère et avec son père qui a vécu des difficultés liés à sa consommation de SPA dans le passé. Son réseau social est composé d'amis consommateurs et d'amis non-consommateurs. L'adolescent ne fréquente plus l'école lors de la deuxième entrevue. Philippe n'a jamais reçu quelconque service en relation d'aide.

Les événements qui l'ont conduit à l'épisode de service au cours duquel il a été rencontré pour les fins de ce mémoire ont débuté lorsque sa consommation de SPA a entraîné la dégradation de ses relations familiales. Sa mère et son beau-père ne toléraient pas qu'il consomme et le punissaient lorsqu'ils le surprenaient à consommer. Ils souhaitaient qu'il cesse de consommer. Ses amis lui ont également conseillé de réduire sa consommation. Il consommait avec la majorité de ses amis à l'exception de deux filles qu'il ne voyait jamais en état d'intoxication. À l'école, il a été surpris, pour une deuxième fois, à consommer. Dans ces situations, le protocole de l'école prévoyait des rencontres avec l'intervenant en toxicomanie de l'école. Il a donc participé à quelques rencontres avec cet intervenant. À la maison, il a été privé de sortie pour une longue période. Pendant cette période, sa mère l'a surpris à consommer dans sa chambre. Cette dernière et l'intervenant en toxicomanie de l'école se sont parlés et ils ont décidé de contacter le CRD. La mère a proposé deux options à Philippe 1) quitter la maison 2) recevoir des services du CRD. L'adolescent est alors entré dans un processus de traitement. Il a rencontré un intervenant du CRD en services externes à quelques reprises. La situation s'est améliorée et l'intervenant lui a proposé d'espacer les rencontres. L'adolescent s'est absenté à une rencontre planifiée. L'intervenant ne l'a pas relancé à la suite de cette absence. Ses habitudes de consommation se sont alors détériorées, de même que ses relations familiales jusqu'à ce que la mère recontacte le CRD. Elle a donné un ultimatum à son fils 1) aller en thérapie interne 2) aller suivre une formation en

Ontario. L'adolescent a choisi la thérapie interne et a débuté ces services internes tout en conservant un contact avec son intervenant des services externes du CRD.

Au moment de la seconde entrevue, l'adolescent est en services internes depuis environ une semaine. Il mentionne avoir vécu son entrée en traitement comme un événement stressant, mais il apprécie beaucoup les services et le contexte de groupe de la réadaptation. Dans ses projections futures, l'adolescent envisage ne plus consommer du tout ou que très rarement. Il se garde la porte ouverte pour recontacter son intervenant du CRD externe au besoin.

Simon

L'adolescent, amateur de poésie et de philosophie, est le cadet d'une famille de six enfants. Simon (16 ans) habite actuellement avec son frère aîné. Il entretient de bonnes relations avec ce dernier, mais est très peu en contact avec ses parents et les autres membres de sa fratrie. Son réseau social est riche en amitiés intègres. Lors de la deuxième entrevue, il est principalement entouré d'amis non-consommateurs. L'adolescent fréquente l'école secondaire. Dans le passé, il a été suivi par une psychologue pour ses difficultés liées à la consommation de drogues et a oscillé entre les familles d'accueil, la maison et le CJ depuis son jeune âge.

Les événements qui l'ont conduit à l'épisode de service au cours duquel il a été rencontré pour les fins de ce mémoire débutent lorsque Simon vivait en centre d'hébergement du CJ, où il devait rester jusqu'à ses 18 ans. Son frère aîné a décidé de le prendre sous son aile et lui a offert un environnement stable et sain, propice à son épanouissement. Le participant était alors âgé de 15 ans. À la suite du déménagement chez son frère, il a recommencé l'école, vécu du succès scolaire et a écarté les activités de consommation en s'adonnant à des activités autres. Il s'est éloigné de la majorité des personnes avec qui il consommait pour prioriser les amis avec qui il partageait les différentes activités qui l'animent: la lecture, la philosophie, l'entraînement, etc. Il était en contact avec une psychologue et une t.s. qui lui ont été assignées par le CJ. Le participant a pris contact avec le CRD sous les

conseils de sa t.s., de son frère et de certains amis. Il a eu quelques rencontres en suivi individuel au CRD. Il a apprécié l'aspect éducatif et préventif des rencontres. Il a mis fin au suivi puisqu'il n'en voyait plus l'utilité, ne consommant plus depuis sa sortie du CJ. Quelques mois plus tard, il a recommencé à consommer pour le plaisir puisqu'il croyait que le fait que sa vie était devenue stable permettrait une consommation occasionnelle sans conséquence négative. Souhaitant consommer peu, malgré lui il s'est remis à consommer régulièrement et a repris contact avec l'intervenant du CRD qu'il est retourné rencontrer à quelques reprises. Il a réalisé qu'il était incapable de consommer peu et a réorienté ses objectifs vers l'abstinence. Il a cessé les rencontres au CRD lorsqu'il a cessé de consommer.

Au moment de la seconde entrevue, l'adolescent consomme très occasionnellement des SPA qu'il pense sans danger pour lui: l'alcool et la marijuana. Dans l'avenir, il souhaite que les activités de consommation continuent à ce rythme, soit très occasionnel. Il envisage la possibilité de recontacter son intervenant du CRD lors de changements majeurs dans sa vie qui pourraient lui donner des tentations de consommer. De plus, il planifie le recontacter s'il vit de futures difficultés liées à la consommation de SPA.

Ces neuf participants au projet de recherche se sont exprimés sur leurs parcours au sein des services, mais également sur la période où la consommation est devenue problématique et qu'elle a débouché sur une demande d'aide. Le rôle de leur réseau social sur la trajectoire thérapeutique a émergé de leurs propos. Ils ont fait mention de membres de leur réseau formel (intervenants des services de première ligne, intervenants des services spécialisés en dépendance, médecins) et de membres de leur réseau informel (parents, fratrie, amis). Voici ce qui ressort du contenu des informations recueillies en cours d'entrevues.

Description du réseau social (réseau informel)

Les relations informelles des adolescents représentent une portion importante de leur réseau social. Il n'est pas étonnant de constater que la consommation fait partie de la réalité de l'entourage des répondants. Certains rapportent que leurs parents ont eux-mêmes été consommateurs dans le passé, mais actuellement ne consomment plus. D'autres indiquent qu'ils consomment encore et parfois en présence de l'adolescent. Les parents ont généralement une influence importante en raison de leur proximité avec l'adolescent. Dans certaines familles, d'autres membres de la famille, comme la fratrie ou un cousin, vivent ou ont vécu des difficultés liées à la consommation de SPA.

À l'extérieur de la famille, les adolescents consommateurs s'entourent d'amis qui consomment, même si leur cercle d'amis est rarement composé exclusivement de consommateurs: plusieurs adolescents entretiennent également des liens d'amitié avec des non-consommateurs. Même s'ils recherchent chez les membres de leur entourage des qualités comme la fidélité, la franchise, le soutien, l'humour, l'acceptation, c'est généralement parmi ceux qui partagent l'activité de consommer qu'ils identifient leurs meilleurs amis, puisque cette activité est à ce moment de leur vie au cœur de leurs activités. Conséquemment, parfois, la configuration du réseau social informel se modifie en cours de trajectoire thérapeutique.

Bref historique des relations d'aide reçues (réseau formel)

Au-delà de leur réseau informel, plusieurs adolescents ont un historique de contacts avec le réseau formel de services. À cet égard, trois profils d'adolescents se distinguent. À une extrémité du continuum se trouvent ceux qui ont un passé chargé dans les services sociaux. Ils sont connus des services depuis leur plus tendre enfance (trois ou quatre ans) et ont depuis oscillé entre familles d'accueil, Centre jeunesse (CJ) et résidence familiale. À l'autre extrémité, un adolescent n'a aucune expérience des services sociaux. Il n'a jamais consulté d'intervenant social pour quelque raison que ce soit. Les autres ont connu des épisodes de services, mais plus tard dans leur vie et de façon moins intensive. Ces derniers ont consulté

un travailleur social (t.s.) ou un autre intervenant soit vers la fin de l'école primaire, soit au début de l'école secondaire. Voici un tableau regroupant ces différents profils:

Tableau 1. Profils des adolescents selon leur historique de relations d'aide reçues

Profils	Noms des adolescents*	Citations
Passé chargé dans les services	Cédric, Olivier, Simon	« *à l'âge de trois ans, je suis entré en centre d'aide DPJ, j'ai eu une t.s., […] Jusqu'à six ans… À six ans, de six à douze ans, j'avais une autre t.s., puis de douze à dix-sept ans j'avais une autre t.s., puis dernièrement, j'ai changé de t.s.* » (Cédric)
A déjà eu une relation d'aide	Amélie, Béatrice, Guillaume, Hélène, Marie	« *en secondaire 1, il y avait une madame, là, à l'école où j'allais… Je ne sais pas trop, là, quand je me faisais pogner, tu sais, à consommer, mettons, j'allais dans son bureau* » (Marie)
Aucune expérience de service	Philippe	« *si tu me fais un petit historique des différentes relations d'aide que tu as eues dans ta vie, est-ce qu'il en avait eu avant […] P: non y avait jamais eu ça* » (Philippe)

***** Par souci de confidentialité, les prénoms des jeunes ont été changés.

Les motifs de consultations soulevés sont les relations familiales difficiles, la consommation de SPA et les difficultés scolaires.

> On l'avait déjà eu lui [t.s.], pour avant, des conflits de famille, là. Tu sais, les climats familiaux… (Béatrice)
>
> C'était aussi lié à la consommation […] très lié. C'était pas mal ça le problème. (Guillaume)
>
> Il y avait des t.s. qui me suivaient […] ils me parlaient de mon travail à l'école, ces affaires-là. Sur quoi il fallait que je me concentre, puis des affaires de même. (Hélène)

En raison de cet historique de services, au moment de la demande d'aide, plusieurs adolescents étaient toujours en contact avec des intervenants attachés au CJ ou au CLSC.

Pré demande d'aide – le contexte de consommation

La période qui précède la demande d'aide relative au problème de dépendance est caractérisée par une consommation fréquente. À une exception près, les adolescents rencontrés consommaient au réveil, au cours de la journée, le soir et avant de se coucher. Certains consommaient parfois seuls, mais le plus souvent, ils s'adonnaient à cette activité avec leurs amis consommateurs. Cette consommation était, pour la plupart, associée à des « *mauvaises habitudes de vie* » (Marie): manque de sommeil, recours aux SPA pour s'endormir et mauvaise alimentation.

> Je dînais pas, je soupais pas, […] je me bourrais de cochonneries, puis je mangeais vraiment mal. (Philippe)

L'intensité et la nature des activités de consommation sont influencées par différents facteurs. Sans établir de lien de cause à effet, on constate que la quête de plaisir, la recherche de quiétude, le désir d'engourdir ou de camoufler ses émotions négatives comme la colère et la volonté de contrôler son poids sont évoqués par certains jeunes.

> C'était le fun là, c'était parce que j'en avais de besoin genre, parce que ça calmait de quoi en-dedans dont je ne sais pas quoi là, mais ça me rendait plus calme, moins genre perturbée par mes problèmes là. (Béatrice)

> Je ne mangeais quasiment plus […] j'étais maigre quand je consommais. […] Si j'arrêtais de consommer pendant 2-3 jours, je faisais: « tabarouette, hey, je suis grosse, fait que je vais reconsommer ». (Marie)

C'est lorsque ces bénéfices disparaissent que les adolescents rapportent vraiment envisager faire une demande d'aide. Ils ont alors des pensées liées aux activités de consommation qui sont omniprésentes. Ils ressentent une dépendance: « *je n'étais plus capable de réfléchir à rien. Je pensais juste à ça. Genre, le monde me parlait puis je ne les écoutais même plus* » (Amélie). La consommation devient un synonyme de plaisir superficiel ou illusoire: « *moi quand je consommais, c'était un fun artificiel comme on dit. Genre, je cherchais quelque chose, un paradis artificiel, puis je l'ai jamais trouvé* » (Cédric). D'autres y voient un problème qui menace leur intégrité physique et mentale: « *prendre de la drogue c'est pas nécessairement la meilleure chose pour rester en santé physique et mentale* » (Guillaume).

L'examen du contexte de consommation conduit à dégager trois profils d'attitude en regard de la consommation, au cours de la période précédant la demande d'aide. D'une part, il y a des adolescents qui sont dans le déni de leur problème. D'autres reconnaissent vivre des difficultés, mais sont ambivalents à admettre qu'ils ont un problème et à aller chercher de l'aide. Finalement, des adolescents reconnaissent vivre des difficultés et ont le désir d'agir sur leur problématique. Chacun de ces profils peut être associé à l'un des stades du modèle transthéorique du changement (Prochaska et al., 1992), tel que présenté dans le tableau suivant.

Tableau 2. Profil des adolescents selon leur stade motivationnel

Profils	Noms des adolescents	Citations
Déni (précontemplation)	Cédric, Philippe	« *je la [la consommation] voyais comme, tu sais j'étais… j'étais capable d'arrêter du jour au lendemain* » (Philippe)
Reconnaît vivre certaines difficultés, mais ambivalence face au changement (contemplation)	Amélie, Béatrice, Guillaume, Hélène, Olivier	« *je voulais, mais je ne voulais pas, et en même temps, bien, vu que je voulais et que je ne voulais pas, je me suis dit: « je vais faire le pour et le contre* » (Béatrice)
Reconnaît vivre des difficultés, désir de changement (préparation)	Marie, Simon	« *je savais depuis longtemps que j'avais des difficultés* » (Simon)

Conséquences négatives de la consommation de SPA

Lorsqu'elle se retrouve au cœur des activités quotidiennes des adolescents, la consommation a un impact négatif sur plusieurs sphères de leur vie. En état d'intoxication, les adolescents optent parfois pour des comportements peu favorables aux bonnes relations amicales ou amoureuses. Certains rapportent qu'ils deviennent agressifs, impulsifs, impatients et qu'ils ont une attitude désagréable envers les autres. Certains soulignent même que des liens d'amitié ou amoureux sont perdus en raison de leurs habitudes de consommation.

> J'ai parlé avec, puis il [petit cousin] dit: « tu sais, c'est pas mal parce que tu [Béatrice] étais gelée, genre. Tu arrivais à l'école, puis tu étais gelée. Tu sais, ils trouvaient ça plate, parce qu'ils ne savaient pas vraiment quoi faire, ou quoi dire, ou n'importe quoi, là. Fait que, tu sais, ils ont décidé de comme s'éloigner de toi un peu parce que tu étais gelée ». (Béatrice)

Les propos des adolescents suggèrent que leur consommation problématique a comme conséquence de fragiliser les relations familiales. Lorsque les parents découvrent les activités de l'adolescent, l'atmosphère du milieu familial se dégrade au point où la consommation devient le principal sujet des disputes « *c'était des conflits sur n'importe quoi, mais souvent, c'était lié à la consommation* » (Guillaume). Les adolescents soulèvent entretenir des contacts conflictuels avec leurs parents, contacts ponctués de cris et d'insultes, et caractérisés par un manque de respect et de confiance. Dans certains milieux, sans que les contacts soient nécessairement conflictuels, la famille serait peu présente.

> Tu sais, moi ma famille, là… Elle n'a jamais, jamais été quelqu'un beaucoup présente, tu sais, ils sont présents, mais tu sais, tu ne le sens pas. Ils sont juste là. Tu les vois, puis c'est comme ton chat, là. (Olivier)

Dans d'autres cas néanmoins, les relations avec la famille demeurent positives.

> Mon frère, on dirait qu'il a pu voir qu'est-ce que j'avais en-dedans de moi pendant que tout le monde voyait tout le laid, là. Fait que, c'est quand même assez intense, là. (Simon)

Les activités de consommation peuvent également nuire au cheminement scolaire des adolescents: « *j'étais moins dedans, j'étais souvent dans la lune, puis, j'avais des moins bonnes notes* » (Hélène). Une des raisons est que les capacités cognitives sont affectées, bien que cet effet ne soit pas toujours décelé. Certains y voient même parfois un impact positif sur la concentration: « *des fois tu as de la misère à te concentrer, ou des fois tu es super concentré* » (Béatrice).

Parmi les autres conséquences de la consommation, il y a les réactions physiques comme la perte de poids, les vomissements et même les pertes de conscience dans les situations d'abus extrêmes.

> Je perdais beaucoup de poids […] je devenais mince. (Guillaume)

> Je suis trop saoule je tombe par terre, je vomis genre puis je ne m'en rappelle plus, puis… des fois bien, je consomme trop puis je m'en vais à l'hôpital. (Amélie)

De plus, des impacts négatifs sont soulevés sur le plan financier, au niveau des activités et loisirs, sur le plan judiciaire et au niveau de l'inhibition. Finalement, les habitudes de consommation problématiques peuvent provoquer une sensation d'être déconnecté de la réalité en plus d'affecter la curiosité et l'intérêt général.

> Je suis plus lâche là, d'habitude je bouge beaucoup puis tout là. Mais là, je ne christ rien. (Amélie)

> Quand j'étais enfant, je veux dire, je posais, mon père, il est prof d'histoire, et je posais à peu près 10 000 questions sur le temps de la guerre, et tout ça, je veux dire, j'étais tout petit, je veux dire, c'était n'importe quoi, et on dirait que quand j'étais ado, ça m'a comme atténué avec la drogue, et tout ça, puis, la violence à [nom du village où il vivait] et tout ça, fait que, on dirait que j'ai comme eu un blocage pour me protéger. Je veux dire, je ne peux pas être moi-même dans cet univers-là, c'est impossible. (Simon)

Bien que la consommation entraîne plusieurs conséquences négatives, elle peut persister longtemps en raison des facteurs dans l'entourage du jeune qui contribuent à la soutenir ou à la normaliser, notamment l'influence de son réseau social.

Influence du réseau social sur la consommation

Plusieurs éléments liés au réseau social influencent les adolescents à consommer. Ainsi, grandir dans une communauté où la consommation est présente ouvre une porte pour consommer en facilitant l'accès aux produits. La curiosité de l'effet est une autre raison soulevée par les répondants.

> Je consommais, dans le fond, à l'âge très jeune, j'habitais dans une réserve indienne, très jeune, j'ai appris, dans le fond, j'ai consommé puis toute ça. (Simon)

> La première fois que j'ai touché à de la drogue là, bien euh, ma mère elle m'en parlait que sa chum de fille, sa fille, qui est une de mes amies à moi, elle consommait, fait que là euh, moi je me suis dit, je m'étais toujours dit je voulais savoir qu'est-ce que ça faisait fait que la première fois que j'avais fumé c'était pour ça genre, je voulais savoir qu'est-ce ça faisait. (Béatrice)

Pour plusieurs adolescents de cette étude, la consommation représente une stratégie d'adaptation en réponse aux difficultés relationnelles rencontrées. Les relations conflictuelles avec l'entourage ou la survenue d'un événement négatif majeur affectant un membre significatif du réseau social sont des motifs qui influenceraient à consommer.

> Elle [mère de l'adolescente] ne m'avait jamais dit ça. Là, j'étais fâchée […] là, j'ai texté, genre, un numéro dans mon cell, genre, un de mes anciens amis qui consommait […] sur le coup, là, j'avais tellement envie de consommer, là. (Marie)

> Mon frère […] il s'est ramassé dans le coma pendant à peu près cinq jours, parce qu'il y a un gars qui l'a vraiment tabassé […] quand j'ai su pour mon frère, j'avais le goût de me geler la face […] mon grand-père ça a été la même affaire quand il est mort, j'avais le goût de me geler la face. (Cédric)

Famille

Des adolescents soulèvent que leur famille, bien que ce soit involontairement, adopte des attitudes qui les incitent à consommer. Si la famille ne procure pas de soutien et qu'elle est plutôt indifférente à ce que vit l'adolescent, elle installe un cadre propice à la consommation.

> Bien, admettons, dans ta famille, s'il n'y a personne qui t'aide, là, tu vas être porté plus à aller consommer […] personne pantoute, là, essaie de te comprendre puis tout, là, puis toi tu penses que tu es de la marde là, tu vas aller consommer, c'est clair. (Olivier)

Un autre exemple que la famille peut influencer, parfois malgré elle, à consommer est une adolescente qui rapporte qu'elle peut mieux répondre aux exigences de sa mère lorsqu'elle consomme; un autre jeune explique que sa consommation permet d'être plus direct dans les échanges avec ses parents.

Amis

Les amis, qu'ils soient consommateurs ou non-consommateurs, ont un impact sur l'usage de SPA. Ainsi, selon les participants, un facteur qui a une importante influence sur la consommation, est la possibilité de se retrouver en présence d'amis qui ne la voient pas comme étant une activité problématique et qui proposent de consommer. Ces amis

normalisent l'utilisation de SPA et même parfois la valorisent. La volonté de préserver la relation avec ces personnes devient alors un incitatif à la consommation.

La préservation des liens d'amitié peut devenir un enjeu important pour l'adolescent qui a à la fois des amis consommateurs et des amis non-consommateurs. Certains amis vont exprimer leur inquiétude face aux comportements de consommation incitant même parfois l'adolescent à cesser ou à diminuer.

> Ils [amis] savaient que moi, que j'avais un problème là, ça paraissait là […] puis ils me disaient: « hey, relaxe là-dessus [la consommation] ». (Philippe)

Professionnels

Les adolescents soulèvent que les comportements des professionnels peuvent avoir une certaine influence sur leur consommation. Ces derniers apportent généralement un soutien à l'adolescent qui souhaite modifier ses habitudes, notamment en communiquant de l'information sur les risques associés à la consommation. Le contact positif avec le professionnel peut déboucher sur une plus grande ouverture chez l'adolescent à modifier ses comportements.

> Elle m'a fait réaliser que, je veux dire, ça peut vraiment apporter des troubles psychologiques, même physiques, avec ces médicaments-là. Fait que j'ai genre fait: « what the fuck », puis j'ai comme arrêté. (Simon)

Vers une demande d'aide

C'est à ce moment, lorsque l'adolescent exprime une certaine ouverture au changement, aussi minime soit-elle, que l'idée d'entamer une démarche d'aide commence à faire surface.

Pour les adolescents rencontrés, différents facteurs sont à l'origine de leur décision de s'ouvrir sur leurs difficultés de consommation: un profond malaise, la crainte de

représailles, le désir de rassurer ses parents ou de rétablir les bonnes relations et la réponse à une demande du milieu scolaire. Ces motifs sont illustrés dans le tableau suivant:

Tableau 3. Facteurs ayant incité les adolescents à s'ouvrir sur leurs difficultés vécues

Motifs	Citations
Un profond malaise	« *je n'étais plus capable […] dans ma tête, je voulais me tuer. Si ça continuait de même, je voulais me tuer, fait que, tant qu'à me tuer, je me disais: « je vais essayer de quoi » mais, je ne voyais rien, fait que, j'en ai parlé à mon père* (Marie)
La crainte de représailles	« *fait que là, je voulais pas avoir de merde […] fait que moi j'étais honnête, fait que j'ai dit: « j'ai besoin d'aide parce que j'en veux, moi aussi je suis en manque »* » (Olivier)
Le désir de rassurer ses parents	*« ouais, pour pas qu'il y ait de l'inquiétude tout le temps* » (Béatrice)
La réponse à une demande du milieu scolaire	*« l'école, ils ont fait une suggestion de suivi en toxicomanie […] puis là, moi j'ai dit: « oui », tu sais, pour pas que l'école me tombe dessus là* » (Cédric)

Même si la consommation se traduit par des conséquences de plus en plus négatives, le degré de motivation à recevoir des services spécialisés en dépendance est très variable. Certains adolescents n'ont aucune motivation alors que d'autres sont ambivalents face à l'idée de faire une demande d'aide. Lorsque la motivation est chancelante, ce sont des pressions externes qui amènent les adolescents à faire un tout premier pas vers les services. À l'autre extrême du continuum, on retrouve des adolescents qui placent beaucoup d'espoir dans les services et qui espèrent qu'ils seront aidants « *ça me faisait de quoi genre à m'accrocher, je savais que ça pouvait m'aider* » (Marie). Voici une figure illustrant où se situe la motivation des adolescents à entamer une demande d'aide à ce moment du processus, selon les stades du modèle transthéorique du changement (Prochaska et al., 1992).

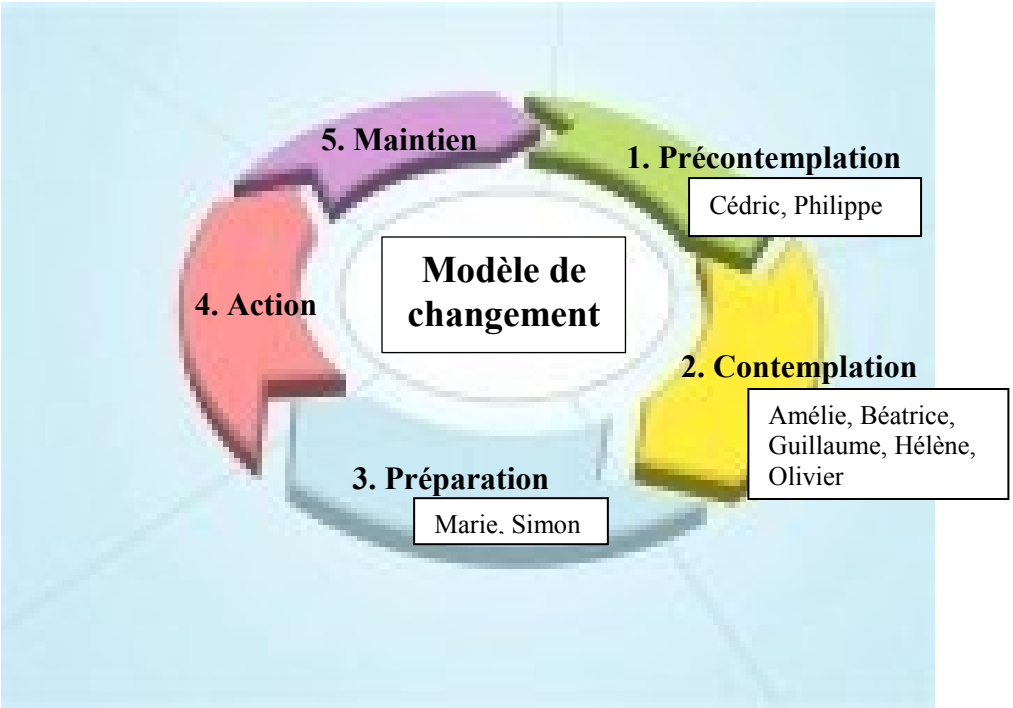

Figure 6. Motivation des adolescents à entamer une demande d'aide

Initiation de la demande d'aide

L'amorce du processus de demande d'aide est variable selon chaque adolescent. Certains rapportent prendre l'initiative de faire eux-mêmes concrètement les démarches: « *on m'a donné les coordonnées de [nom du CRD], j'ai appelé tout ça, j'ai eu un rendez-vous avec [nom d'un intervenant externe au CRD]* » (Simon). D'autres vont préférer passer par un intermédiaire en qui ils ont confiance plutôt que de cogner directement à la porte de l'intervenant. Voici la démarche d'une adolescente qui a passé par l'intermédiaire d'une amie:

> Je lui avais demandé, parce que je sais qu'elle [amie de l'adolescente] le voyait […] puis, j'ai fait: « je n'irai jamais le voir, là. » Tu sais, c'est difficile d'aller voir les gens, en tout cas, moi, pour moi, quand j'ai un problème, j'ai de la misère à aller vers les gens, fait que. Elle dit: « ok, bien, je vais lui demander pour toi ». (Marie)

Ce contact indirect peut ouvrir la voie à une démarche si l'intervenant saisit cette occasion pour rencontrer l'adolescent. Mais s'il ne donne pas suite ou s'il répond d'une façon évasive, l'occasion est ratée.

> Il [l'intervenant] est juste venu me voir, et il m'a dit: « salut, ton amie m'a parlé de toi et tout. » Et là, j'ai fait: « ok » mais j'étais gênée, là, c'est pour ça que je ne voulais pas aller le voir, tu sais, puis que c'est mon amie qui est allée le voir. Puis là, il a dit: « bien là, il y a telle personne, moi je m'en vais en vacances et je reviens telle date. Fait que, c'est ça. Bye. » I: ok. P: moi, j'ai fait comme: « wo », dans le fond, ça revient au même, là. Ça ne m'aide pas plus. (Marie)

Dans les faits, selon les propos des adolescents, la demande d'aide auprès d'un service spécialisé en dépendance est rarement faite directement. La voie d'accès passe généralement par la prise de contact avec un intervenant de première ligne, par exemple à l'école ou au CLSC, ou par un membre de l'entourage, par exemple un parent qui l'exige.

> Moi, c'est l'infirmière qui m'avait conseillé d'aller à [nom du CRD], l'infirmière de mon ancienne école. (Hélène)

> Elle [la mère] m'a dit: « c'est soit tu t'en vas de la maison, ou tu vas pour de l'aide ». Moi je voulais pas, je voulais pas m'en aller, j'ai dit: « ok je vais prendre l'aide ». (Philippe)

Ainsi, pour bien comprendre le processus de demande d'aide, il faut prendre en considération l'influence du réseau social formel et informel au sein duquel évolue un jeune.

Intra - Accueil/Évaluation/Orientation (AÉO) au CRD

Objectifs initiaux de l'adolescent

Lorsque l'adolescent en vient à poser le geste concret de faire une demande de services auprès d'un CRD, il est dans un état de vulnérabilité qui donne un caractère déterminant aux premiers échanges avec l'intervenant. Pendant la phase d'accueil, les échanges au sujet de la fréquence de la consommation vont favoriser une plus grande reconnaissance du problème. À ce moment, les adolescents réticents à changer et qui ont fait une démarche pour répondre à une pression extérieure, mentionnent avoir changé leur fusil d'épaule quant à l'importance d'aller chercher de l'aide. Pour citer un exemple, un adolescent ayant fait une demande d'aide pour répondre à la pression exercée par son milieu scolaire rapporte avoir fait une prise de conscience de l'ampleur de son problème lors des premières rencontres avec l'intervenant au CRD.

Cette phase d'accueil marque également l'étape pendant laquelle les adolescents vont se fixer des objectifs précis liés à leurs activités de consommation. Ces objectifs sont cependant très variables. Certains souhaitent arrêter complètement de consommer alors que d'autres visent une réduction: « *moi, mon objectif qu'on s'était fixé, c'était de diminuer et de ne pas venir intoxiquée à l'école* » (Hélène).

Description - nature des services reçus

Les niveaux de motivation variables des adolescents, en début de processus, font en sorte que lors des premières rencontres, certains intervenants reviennent sur le caractère volontaire de la démarche « *il me décrivait que « c'est toi. Si tu veux le faire, tu le fais. Sinon, on se suit pas, puis that's it »* » (Cédric); « *il m'a vraiment donné le choix de continuer ou de laisser faire, ou dans le fond, de me laisser aller* » (Simon). Cette liberté de décision quant au déroulement de l'intervention est appréciée: les adolescents aiment être libres de faire des choix.

Le déroulement des premières rencontres avec l'intervenant du CRD est similaire pour les différents répondants. Les intervenants profitent des premiers moments avec l'adolescent pour tracer un portrait précis de sa consommation, notamment via l'administration d'un outil d'évaluation. Par la suite, ils vont généralement lui recommander de poursuivre vers des services externes ou internes. Les rencontres de suivi externe ont habituellement lieu directement dans le milieu de l'adolescent, par exemple au CJ ou à l'école.

Les jeunes à l'étude, qui rappelons-nous ont été rencontrés à la suite de leur évaluation spécialisée, ont tous poursuivi vers un service spécialisé en dépendance à l'exception d'un adolescent. Ce dernier a complètement cessé les rencontres en cours de phase d'accueil.

> C'est avoir un petit suivi à l'externe ici, là, qu'elle voyait que c'était ça le plus pratique, là […] puis, je n'ai pas continué, mais elle m'a dit que ce n'était jamais fermé les portes ici. (Guillaume)

Certains parents des adolescents se voient également offrir des services par le CRD. On note toutefois dans cette recherche que seuls les parents d'un adolescent utilisent ces services. Cependant, certaines familles sont impliquées dans un suivi avec une autre instance (ex. CLSC), en parallèle des services spécialisés que l'adolescent reçoit en dépendance.

Post AÉO – services spécialisés en dépendance

Événements post-AÉO

Tel que mentionné précédemment, au cours des premières rencontres, l'adolescent se voit offrir de débuter des services externes ou internes selon ses besoins. Parmi les adolescents rencontrés, certains ont eu un suivi externe, d'autres un service interne ou une combinaison des deux. Ainsi, un adolescent a débuté en service externe, dans le cadre de rencontres avec l'intervenant du CRD à son école où il a cessé de se présenter. Par la suite, il a complété une première thérapie interne pour ensuite compléter une seconde thérapie dans un autre centre interne. Le type de trajectoire de services de chaque jeune est précisé dans l'encadré qui suit.

Tableau 4. Trajectoire des adolescents dans les services spécialisés en dépendance

Trajectoire de services	Noms
Externe	Béatrice, Hélène, Olivier, Simon
Interne	Marie
Externe-Interne (+ 2^{e} Interne)	Amélie, Cédric, Philippe

Les adolescents ayant accepté une orientation vers des services internes ont visité le centre de thérapie préalablement à leur admission. Lors de cette visite, ils étaient accompagnés par leur intervenant externe du CRD ou par un intervenant de première ligne. Une adolescente précise que c'est une jeune du centre qui lui a fait visiter l'établissement et elle lui a raconté avoir déjà fugué de l'endroit: « *elle me disait que la première fois qu'elle est venue, elle a*

fugué, je me demandais comment elle avait fait parce que c'est dans un trou » (Amélie). Fait intéressant à noter: l'adolescente qui a entendu ces dires a elle-même fugué trois fois à la suite de tensions relationnelles, en cours de séjour en service interne.

Les adolescents qui acceptent une orientation vers les services externes rencontrent des modalités de traitement variables. Bien que la majorité des suivis soient individuels, un adolescent a rapporté avoir participé à des rencontres de groupe et une autre que sa famille a été impliquée dans le suivi.

En parallèle des services spécialisés en dépendance, des adolescents reçoivent simultanément d'autres services de relation d'aide, comme par exemple les services d'un intervenant social (t.s., psychologue) associé au CLSC ou au CJ.

Les adolescents empruntant le chemin des services externes débutent parfois des services pour ensuite les arrêter et retourner cogner, plus tard, à la porte de l'intervenant « *j'ai lâché [nom du CRD], parce que j'avais arrêté, mais j'ai retombé, genre, dans la drogue, puis je suis retourné voir […] j'ai fait ça une couple de fois* » (Simon). Ce mouvement de retour vers les services reflète que ces jeunes ont une perception positive des services qu'ils ont reçus. C'est également ce qui se dégage de leurs propos sur l'appréciation des services.

Appréciation des services

L'expérience des services spécialisés est pour plusieurs des plus positives. Premièrement, de nombreux éléments ont été soulevés concernant les services externes. Ces rencontres avec un intervenant du CRD sont aidantes tant pour comprendre les raisons sous-jacentes à la consommation que pour offrir l'opportunité de s'exprimer sur des thèmes que des adolescents ont l'habitude d'internaliser, ce qui peut avoir un effet de soulagement.

> Ça m'aide à sortir ce que j'ai en dedans, puis euh, ça m'aide à guérir un petit peu mes affaires, puis, pas tout le temps garder ça en dedans parce qu'à moment donné c'est que ça pète […] Fait

> que ça… c'est comme « pouh », c'est ça, un petit calme dans l'âme […] quand je ressors je suis comme « pouh », bon qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui? […] ça me relaxe après. (Olivier)

Ce que les adolescents ont particulièrement apprécié de ces services externes sont les relations interpersonnelles (rencontres de groupe et rencontres parents-adolescents) et des éléments plus pratiques et structurels comme les conseils, les feuilles de trucs et les devoirs: « *ce que j'ai bien aimé, là, genre, vraiment gros, là, bien ce sont les devoirs, là. Bien tu sais, elle me donne pas mal de trucs, ce sont des feuilles avec des trucs dessus* » (Béatrice). De plus, le volet psychoéducatif des rencontres est soulevé comme aidant, notamment les explications des effets et des conséquences possibles des SPA.

> M'informer sur les drogues, juste pour m'informer des conséquences, des séquelles, qu'est-ce que ça fait à ton cerveau, la chimie, tout ça, les médicaments, les inquiétudes, pourquoi j'ai tant le goût de consommer, le fait que je suis anxieux, pleins d'affaires. J'ai fait des liens, et ça m'a beaucoup aidé. (Simon)

Deuxièmement, les adolescents qui ont séjourné en centre de thérapie interne évoquent aussi plusieurs satisfactions même si au départ, ce type de service peut donner l'impression d'être « *une petite prison interne* » (Guillaume). Le fait que ce soit une thérapie fermée est un facteur facilitant l'arrêt de la consommation. En outre, ce service offre un contexte qui permet d'échanger sur des sujets libérateurs, sujets sur lesquels ils n'ont pas toujours l'habitude de parler. De plus, tout comme pour les suivis externes, la modalité de groupe et les rencontres parents-adolescents sont appréciées de même que les activités, les devoirs et les ateliers qui visent à augmenter la confiance et l'estime de soi en plus de favoriser l'introspection. Une adolescente précise aimer qu'il y ait également des rencontres individuelles.

Ce qui motive les adolescents à poursuivre les services

Divers facteurs motivent les adolescents à poursuivre leur démarche thérapeutique dans les services. La nature du programme est un motivateur pour certains, pour citer un exemple, un centre de thérapie interne met l'accent sur les activités sportives. Le soutien qu'ils peuvent obtenir de services externes contribue également à persévérer dans le suivi. Une adolescente a souligné que la fréquentation des NA, pendant et à la suite de son séjour en

centre de thérapie interne, est pour elle un élément qui l'encourage à poursuivre son processus thérapeutique. Voici ce qu'elle aime particulièrement des rencontres:

- Permet d'être en contact avec des personnes qu'elle connaît, avec qui elle a développé des liens significatifs;
- Offre l'occasion d'échanger sur des préoccupations communes;
- Procure le sentiment de ne pas être seule à vivre ces difficultés: elle se reconnaît dans ce qu'elle entend de la bouche des autres;
- Évite d'avoir à prendre rendez-vous pour assister aux rencontres: elle peut se présenter directement sur place.

Ce qui motive les adolescents à arrêter les services

Diverses raisons motivent les adolescents à cesser le service spécialisé en dépendance. Certains cessent le suivi parce qu'ils ont arrêté ou réduit leur consommation. Ils sentent que leur vie va bien, notamment leurs relations familiales, et ils ont le sentiment d'avoir cumulé suffisamment de trucs pour poursuivre leur chemin seuls. Pour d'autres, l'accessibilité représente un obstacle tant pour les services externes que pour les services internes: « *des fois de venir ici, des fois c'est tough, parce que des fois j'ai pas tout le temps des lifts, puis ça fait chier ma mère puis toute, parce que des fois elle travaille* » (Olivier). D'autres estiment que les services n'ont pas été aussi aidants qu'ils auraient pu l'être, parfois parce qu'ils n'ont pas suffisamment fait preuve d'ouverture et qu'ils n'étaient tout simplement pas prêts à entamer cette démarche.

Nouvelle consommation

Lors de la seconde entrevue de recherche (trois mois après la première), plusieurs adolescents avaient cessé les services externes, internes ou de postcure. Un seul adolescent recevait des services internes et une autre poursuivait des rencontres régulières de NA.

Tous les adolescents mentionnent avoir connu une diminution de leur consommation à la suite des services spécialisés reçus: cette diminution varie cependant d'un sujet à un autre.

À l'une des extrémités du continuum se trouvent des adolescents qui ont cessé complètement de consommer. Parmi ces derniers, on remarque que plusieurs étaient ou ont été dans des services internes. D'autres adolescents ont diminué leur consommation. Dans ce groupe, une adolescente rapporte avoir diminué, mais pas autant qu'elle l'aurait souhaité. Une autre souligne consommer en contexte social, mais ne plus consommer seule et elle évalue maintenant la situation avant de consommer puisqu'elle a réalisé qu'elle consommait pour calmer des émotions négatives. Elle consomme maintenant de façon occasionnelle et seulement dans un contexte agréable, de plaisir.

> Avant de consommer, je me demande genre: « est-ce que, si je fume là, à cause de comment je me sens, est-ce que j'aurais le goût de recommencer par après? Est-ce que ça calmerait quelque chose? » Si c'est pour me soulager, je ne fumerai pas, parce que je le sais que je vais recommencer. (Béatrice)

Diverses raisons contribuent à aider l'adolescent à ne pas consommer ou à consommer moins, notamment le développement de passions et la structuration de son temps « *tous mes temps faut qu'ils soient structurés, parce que si j'suis pas structuré, j'vais me péter la gueule* » (Cédric). Pour d'autres, ils n'ont plus de plaisir à consommer ou perdent de l'intérêt pour les drogues: « *je n'ai juste plus trop, trop d'intérêts* » (Guillaume). Finalement, des adolescents ont connu une période d'arrêt total de leur consommation pour ensuite recommencer à consommer, mais de façon moins importante qu'avant leur demande d'aide. Dans ce groupe, plusieurs rapportent avoir recommencé à consommer à la suite de l'arrêt de leur suivi externe au CRD ou à leur sortie d'un séjour en centre de thérapie interne ou en hébergement au CJ. Ces adolescents vivent difficilement le retour dans le quotidien.

> Ça faisait cinq mois que je ne consommais plus […] c'est quand je suis sorti [sorti de l'hébergement au CJ] […] là, j'ai remarqué que christ, man, ma motivation n'était plus là […] c'est parce qu'au CJ, là, le monde qui sont là veulent quasiment tous arrêter de consommer. Puis ils veulent s'aider. Dans le fond, c'est comme un nouveau départ. (Olivier)

Un des principaux motifs expliquant pourquoi certains continuent de consommer occasionnellement ou font des rechutes est l'accessibilité aux SPA: « *quand je suis arrivée ici, il y a trois filles qui en avaient dans l'unité et elles m'en ont toutes donné* » (Amélie). Les trois profils sont illustrés dans le tableau suivant.

Tableau 5. Profils de consommation des adolescents en cours de trajectoire thérapeutique ou post-service

Profils	Noms des adolescents	Citations
Arrêt de la consommation	Cédric, Marie, Philippe	« *quand tu as un mois d'abstinence, tu vas chercher un mois, fait que là, voilà pas longtemps, j'ai été chercher mon neuf mois* » (Marie)
Diminution de la consommation	Guillaume, Hélène	« *une fois de temps en temps encore, je consomme, mais vraiment moins qu'avant* » (Guillaume)
A recommencé à consommer (diminution comparé à la consommation dans le passé) après une période d'arrêt	Amélie, Béatrice, Olivier, Simon	« *je fais des petites rechutes, j'en ai fait une lundi puis j'en ai fait une voilà de ça trois semaines, puis ça faisait six mois avant ça que j'en avais pas pris* » (Olivier)

Diminution des conséquences vécues

L'arrêt ou la réduction des activités de consommation de drogue s'accompagne d'une atténuation des conséquences négatives liées aux SPA. Certains jeunes qui rapportaient un état de léthargie associé à la consommation de drogues ne ressentent plus cet état: « *je suis plus motivée, je suis plus là dans mes cours, euh, je suis plus dedans, puis j'avance plus. Je suis plus concentrée* » (Hélène).

Également, il y a moins de comportements à risques associés aux épisodes de consommation: un adolescent en état d'intoxication opte pour dormir chez son ami plutôt que de prendre le volant de sa voiture en condition de facultés affaiblies. Cependant, tous les problèmes ne disparaissent pas spontanément pour autant. Certaines réactions peuvent persister telle que l'agressivité, l'impulsivité et le désir de contrôler.

> Même aujourd'hui encore, là, je n'en prends pas à tous les jours de la drogue, là, puis je suis encore un peu agressif. (Olivier)

> Je consomme plus, mais j'ai encore le côté consommateur qui, qui veut faire son petit king puis euh… Je me calice de tout puis… Tu sais c'est, c'est genre comme ma blonde a dit: « the king of the hill » là c'est genre je suis le roi de tout là, je suis le roi de la montagne puis genre, tout ce que je peux contrôler, bien je vais le contrôler puis je vais faire qu'est-ce que je veux faire […] comment je pourrais dire, admettons côté que je peux faire des artifices on pourrait dire là. Tu sais par rapport à mon frère quand il s'est fait tabasser, bien moi regarde tout de suite la réaction a été: « ostie j'vais lui péter la gueule » […] des comportements impulsifs. (Cédric)

Concernant l'atmosphère à la maison, plusieurs adolescents qui reçoivent des services ou qui ont vécu un épisode de service témoignent d'une amélioration de l'ambiance familiale: « *depuis que je consomme beaucoup moins, ça va vraiment, vraiment bien à la maison* » (Guillaume). Ils soulignent qu'un climat de confiance avec leurs parents s'est rétabli et qu'il y a moins de chicanes liées à la consommation. Ils s'expliquent ces améliorations par le fait qu'ils consomment moins, qu'ils mettent en pratique les conseils favorisant une meilleure communication et qu'ils font preuve de davantage d'empathie en plus d'agir de façon plus réfléchie.

> Ils [ses parents] me laissent plus lousse parce qu'ils savent que, tu sais, j'ai arrêté, là. Puis ils savent que j'ai des trucs puis, tu sais, à [nom du CRD], tu sais, on en a eu pas mal de trucs là, puis que je me sers de ça, puis tu sais, ça leur donne plus de confiance. (Béatrice)

> Maintenant, je me mets à la place de la personne. Je me dis que ce n'est pas cool, man […] je pense avant d'agir et je pense un peu aux autres aussi. (Olivier)

La qualité de l'atmosphère à la maison semble donc être liée de près aux activités de consommation des adolescents. D'ailleurs, un adolescent qui avait recommencé à consommer a connu une dégradation de l'atmosphère à la maison, ce qui fut l'élément déclencheur pour retourner vers des services spécialisés, cette fois-ci en interne.

Projections futures

Lorsque les adolescents se projettent dans le futur, certains voient la consommation absente de leur vie. D'autres envisagent continuer à consommer, mais de façon occasionnelle et dans des circonstances appropriées: « *je consomme quand ça me tente et dans les bonnes situations […] pas si c'est pour soulager de quoi* » (Béatrice). Craignant ne pas être en mesure de cesser totalement, la diminution apparaît alors comme un plan alternatif à l'arrêt: « *bien, je vais essayer là, mais sinon, si ça chie, bien, je vais essayer de diminuer* » (Amélie).

Les propos des adolescents laissent transparaître beaucoup d'insécurité face au contrôle futur de leur consommation. Si certains adolescents mentionnent qu'en situation de rechute,

les trucs appris en cours de suivi seront utilisés, plusieurs laissent la porte ouverte pour retourner voir leur intervenant du CRD externe ou pour refaire un séjour en centre de thérapie interne s'ils vivent une rechute et s'ils ont le sentiment d'être incapables de se relever seuls. Un adolescent prévoit également retourner rencontrer son intervenant du CRD externe lors d'événements majeurs dans sa vie comme le fait d'aller vivre seul pour la première fois en appartement.

> Quand je vais être en appart […] parce que ça va être un élan de liberté tout ça, en appart. Peut-être plus pour: « hey t'es grand, fait ce que tu as à faire ». Peut-être ouais, peut-être que j'irais faire une couple de rencontres. (Simon)

Concernant les services non spécialisés, certains laissent la porte ouverte à des rencontres comme les NA, d'autres souhaitent mettre un terme aux services à leurs 18 ans.

Au sujet du réseau social, les adolescents souhaitent rétablir les relations qui ont été affectées par leur période de consommation problématique. De plus, ils voient des liens possibles entre leur futur entourage et leurs futures habitudes de consommation: fréquenter des amis consommateurs pourrait contribuer à accentuer la consommation et déboucher à nouveau sur les services spécialisés en dépendance. D'un autre côté, demander à ses amis consommateurs de ne plus proposer de consommer ou rencontrer un amoureux qui ne consomme pas pourrait aider à mieux contrôler la consommation.

> Si un jour je viens qu'à rencontrer quelqu'un qui ne consomme pas pantoute, pantoute, et que ça adonne que je l'aime ou de quoi, bien peut-être… C'est sûr que ça va me faire diminuer, là, veut, veut pas. (Béatrice)

Influence du réseau social sur la demande d'aide et la persévérance

Il ressort des propos des adolescents que tant les membres du réseau formel que du réseau informel ont une influence sur leur trajectoire thérapeutique, que ce soit sur la demande d'aide ou sur la persévérance en traitement.

Famille

Les membres de la famille ont une influence sur la trajectoire thérapeutique. Tout au long du processus, ils proposent leur aide et leur soutien aux adolescents, que ce soit par leurs encouragements verbaux ou par une aide tangible.

Plus spécifiquement, ils influencent la demande d'aide en exerçant une forte pression sur l'adolescent peu motivé pour rencontrer un intervenant de première ligne « *c'était mes parents parce que, je ne sais pas là, ça allait mal à la maison, on avait beaucoup de chicanes* » (Guillaume). Ils influencent également en contactant le CRD à la demande de l'adolescent ou simplement en aidant l'adolescent à concevoir qu'il serait bénéfique qu'il reçoive des services. D'un autre côté, un beau-parent consommateur peut banaliser les SPA en optant pour des comportements de consommation peu adéquats en présence de l'adolescent et des parents sembleraient plutôt indifférents en regard des activités de l'adolescent, rien qui favorise une demande d'aide.

Les membres de l'entourage n'ont cependant pas tous la même influence. Ceux qui ont déjà vécu des difficultés liées à la consommation de SPA et s'en sont sortis après avoir reçu des services sont perçus comme très crédibles par l'adolescent.

> Vu qu'il [son cousin] l'avait déjà vécu, tu sais, je le croyais plus […] fait que, je me suis dit: « ouais, tu sais, il l'a vécu, il ne peut pas vraiment mentir, là, il l'a vécu » […] mes parents m'auraient dit la même affaire que mon cousin m'aurait dit et ça m'aurait fait: « haha, ouais, c'est ça, tu n'as jamais consommé ». (Béatrice)

À l'inverse, les conseils d'un proche vivant encore actuellement des difficultés liées aux SPA n'auront pas d'impact, car ils ne sont pas pris au sérieux en raison du manque de cohérence entre les dires et les actions.

> Il [beau-père consommateur] me disait des phrases, puis genre c'était that's it là parce qu'il était alcoolique, il me disait genre des affaires comme: « profite de la vie intelligemment et non en innocent » genre puis tout, des affaires de même là […] lui il buvait comme un trou, fait que moi je le rentrais pas dans ma tête […] c'était pas crédible. (Cédric)

Les membres de la famille ont également un impact sur la persévérance en traitement. Ils peuvent avoir une influence positive en communiquant aux adolescents qu'ils sont contents et fiers de leurs démarches. Les adolescents rapportent que leurs parents témoignent alors davantage de confiance envers eux et les encouragent dans leur cheminement thérapeutique en leur conseillant, par exemple, de ne pas consommer pour ne pas retomber dans d'anciens « *patterns* ». De plus, des adolescents prennent conscience qu'ils faisaient du mal à leur entourage, ce qui peut encourager à modifier leur consommation.

> J'ai compris que ça faisait du mal à mes parents et à certaines personnes de mon entourage, je pense que c'est peut-être aussi pour ça que j'ai arrêté [consommation d'opiacés]. (Guillaume)

En cours de suivi spécialisé, l'implication des parents est plus qu'appréciée par les adolescents. Elle favorise une meilleure compréhension de la situation de leur adolescent et ainsi entraîne une réduction de leurs craintes. Cette implication prend différentes formes dont une aide concrète en favorisant l'accès aux services (aller reconduire l'adolescent aux rencontres ou l'accompagner pour visiter un centre de thérapie interne) ou en étant présents lors de rencontres de suivi au CRD. Des adolescents rapportent être dans les services spécialisés entre autres raisons pour rassurer leurs parents et pour favoriser le rétablissement des bonnes relations à la maison.

Par contre, les membres de la famille peuvent aussi faire obstacle à la persévérance en traitement. Pour citer un exemple, certains se montrent rassurés dès que l'adolescent arrête de consommer. Ils diminuent alors la pression qu'ils exercent puisque leur adolescent ne consomme plus ou puisque les conséquences associées à la consommation se sont dissipées, par exemple l'atmosphère à la maison qui connaît une amélioration. Une telle attitude peut encourager l'adolescent à cesser le suivi prématurément. Il en est de même des parents qui semblent indifférents ou qui trouvent « *niaiseux* » d'entamer des démarches d'aide.

> Ils [ses parents] s'en calissaient […] je leur disais: « bon, je m'en vais à [nom du CRD] puis ils ne me posaient jamais de questions, tu sais, ils ne s'inquiétaient jamais de ça […] elle [sa mère] venait me porter ici, là, puis elle ne me disait jamais « bonne chance » puis, tu sais, rien, fuck all de ça. Tu sais, elle ne s'informait pas. (Olivier)

> Il [son père] trouve ça niaiseux, parce que lui aussi il a déjà eu de l'aide ici [au CRD]… Parce que dans le fond mon père était alcoolique avant […] bien il pense que ça l'aide pas puis tout là, parce que lui s'est jamais vraiment concentré à faire les activités puis tout là, ça y passait dix milles pieds par-dessus la tête. (Philippe)

Amis

En route vers la demande d'aide, des amis influencent les adolescents pour recevoir des services. Ils parlent positivement des services spécialisés et encouragent l'adolescent à débuter une démarche d'aide: « *il [ami] m'a encouragé. « Si tu veux avoir de l'aide, puis si tu arrives là ouvert et tu veux, ça peut vraiment t'aider »* » (Guillaume). Des amis vont même agir comme facilitateurs pour entrer en contact avec un intervenant de première ligne ou avoir un effet dissuasif sur la consommation de SPA en illustrant les conséquences sévères qui y sont liées.

Au moment de faire concrètement la demande d'aide, les amis ont un impact. Certains approuvent le choix de chercher de l'aide et offrent de les aider dans ce processus. Des amis non-consommateurs souhaitent à l'adolescent de réussir sa thérapie et sont contents qu'il entreprenne un suivi. Chez les amis qui sont eux-mêmes consommateurs: certains vont approuver le choix de l'adolescent de chercher de l'aide en le rassurant sur le fait qu'ils respectent sa décision et qu'ils resteront amis; d'autres vont plutôt se dire déçus de perdre un partenaire de consommation ou ils vont parler négativement des services ce qui provoque chez l'adolescent une hésitation à aller chercher de l'aide.

> Un de mes chums de gars […] dit: « hey, ne va pas là, c'est de la marde […] moi ça fait je ne sais pas trop combien de temps que j'y vais, et je suis tanné, je ne suis plus capable » […] ça m'avait comme fait: « ouais, est-ce que c'est tant de la marde que ça? ». (Béatrice)

En cours de suivi spécialisé, une reconfiguration du réseau social de l'adolescent favorise généralement la persévérance dans le traitement. Le soutien d'un ami ou d'un amoureux qui est également plongé dans une procédure pour arrêter la consommation donne l'occasion d'un soutien mutuel apprécié par les adolescents et qui les encourage à ne pas consommer. De plus, certains adolescents vont se dégager des amitiés nocives pour s'entourer d'amis

qu'ils considèrent positifs. Ils se délient avec une partie ou la totalité de leur groupe d'amis consommateurs, entre autres raisons puisqu'ils ont le sentiment de ne pas être compris et de ne plus avoir la même vision de la consommation.

> J'ai décidé de plus les [ses amis] choisir […] pour qu'est-ce qu'ils sont et qu'est-ce que, genre, des amis que je sais pourquoi ils m'aiment […] plus avec des amis que je crois qu'ils vont m'apporter quelque chose de constructif dans les prochains mois, les prochaines années de ma vie. (Simon)

En contrepartie, toujours pendant le suivi spécialisé, des liens d'amitié renaissent à la suite de la diminution ou de l'arrêt de la consommation: « *j'ai récupéré ma meilleure amie […] depuis que je ne consomme plus* » (Olivier). Les adolescents qui ont perdu des amis en raison de leurs habitudes problématiques souhaitent, une fois leur consommation arrêtée ou réduite, ne plus reperdre ces amitiés en raison des SPA, ce qui les influence maintenir leur arrêt ou diminution.

Un autre élément, lié au réseau social, favorisant la persévérance est le fait de se retrouver avec des pairs vivant des difficultés similaires et qui sont animés par le même désir de changer leur situation. Le fait de cheminer avec d'autres qui vivent des difficultés similaires est très apprécié. Le groupe est comparé à « *une grande famille* » (Philippe). Les adolescents rapportent que dans le groupe, ils ont des vécus similaires, ils sentent qu'ils se comprennent et s'entraident « *tout le monde se comprend, puis on s'entraide, on se dit « continue, ça va bien aller » puis tu sais « j'ai confiance en toi », des affaires de même* » (Philippe). Ce soutien mutuel se retrouve tant en centre de thérapie interne qu'en contexte de services externes offerts en modalité de groupe par le CRD. Le soutien mutuel semble être au cœur de la persévérance en traitement.

> J'ai trouvé ça le fun qu'il y ait quelqu'un, genre, qui ait été avec moi tout le long dans les jeunes […] c'était un peu comme avec tous les autres du groupe, mais tu sais, j'ai tout vu comment il a évolué et il a tout vu comment j'ai évolué. (Marie)

Les amis favorisent également la poursuite des services lorsqu'ils démontrent de la fierté envers les démarches entreprises par l'adolescent ou encore en démontrant de la déception

lorsque l'adolescent pense ou abandonne le suivi *« il m'a dit que j'étais conne d'avoir abandonné quand j'étais revenue » (Amélie).*

D'un autre côté, certains amis peuvent nuire à la persévérance au traitement. L'approbation de l'arrêt prématuré des services en raison de l'amélioration de la situation du jeune ou encore en raison de l'émergence de tensions relationnelles peuvent amener le désir de cesser les services. Pour citer un exemple, une adolescente rapporte avoir pensé quitter le centre de thérapie interne alors qu'elle sentait que le groupe était pollué par la présence d'une jeune. De plus, bien que le soutien mutuel puisse agir comme favorisant la persévérance, il peut également avoir l'effet contraire lorsque le partenaire procurant ce soutien quitte prématurément, par exemple les services internes.

Professionnels

Des professionnels sont présents et susceptibles d'influencer aux diverses étapes de la trajectoire thérapeutique. Les adolescents ont soulevé de nombreux éléments qui favorisent un bon lien de confiance et plusieurs attitudes qu'ils apprécient chez les intervenants rencontrés. Les propos sont similaires aux différentes étapes, à l'exception de quelques éléments concernant précisément la demande d'aide.

Concernant spécifiquement la demande d'aide, les conseils des intervenants de première ligne et la pression exercée par l'école sont susceptibles d'amener l'adolescent à accepter de faire une demande vers les services spécialisés. De plus, tel que précisé dans la section *initiation de la demande d'aide*, il est important que l'intervenant offre activement des services plutôt que passivement pour encourager l'adolescent dans ses démarches.

De façon générale, les adolescents vivent des contacts positifs et respectueux avec les intervenants, que ce soit avec ceux de la première ligne ou avec ceux des services spécialisés en dépendance. Les adolescents ont soulevé de nombreux éléments qu'ils ont

appréciés du savoir-être et du savoir-faire des intervenants. Voici quelques aspects du savoir-être qui ont été particulièrement aimés:

- Le non-verbal accueillant tel que le sourire;

> C'était accueillant, moi tant que je vois un beau sourire. Admettons j'ai un rendez-vous avec une personne, puis tant qu'elle me sourit dans face, c'est comme « hum », ça m'éclate de joie. (Olivier)

- L'attitude détendue qui donne l'impression de ne pas être pressé par le temps;

> Je me sentais ouvert de parler et il n'y avait pas de stress non plus comme chez le médecin, parce que je trouve que chez le médecin, on dirait qu'ils sont obligés de tout faire vite. (Guillaume)

- Le fait de regarder dans les yeux, ce qui témoigne du respect;
- La transparence;
- La droiture;
- L'empathie.

> Il faut que tu lui montres tes émotions, il faut que tu ouvres tes émotions, man. Si tu n'as pas d'émotions envers un jeune et que tu ne ressens pas ce qu'il ressent, puis qu'il n'y a pas un petit quelque part à quelque part en dedans de toi une petite tristesse… tu es loin de comprendre la personne […] ça amène de la confiance, ça amène de la stabilité et une autre chose aussi… Tu te sens détendu. Tu te sens bien, tu te sens à l'aise […] tu vois la personne, tu as des yeux et tu peux ressentir avec ton cœur, man. Tu vois la personne, puis elle est triste puis tout, puis elle a besoin d'aide, pense à toi: toi, admettons, si tu étais à sa place là, tu serais triste en ce moment, puis tout, qu'est-ce que tu aimerais te faire dire? […] Ça, c'est de l'empathie, man. (Olivier)

De façon complémentaire au savoir-être des intervenants, plusieurs appréciations ont été soulevées sur leur savoir-faire, en voici quelques-unes:

- Les explications sur le déroulement des rencontres ont comme impact de rassurer l'adolescent qui sait ainsi ce qui l'attend au cours des prochaines rencontres;
- Les paroles de l'intervenant mentionnant textuellement que son but est d'aider l'adolescent ont un effet rassurant sur les intentions du professionnel;
- Le respect des normes de confidentialité, l'inverse peut entraîner une certaine méfiance chez l'adolescent qui ne prend pas au sérieux l'intervenant;

> Un intervenant à mon école genre […] un psychologue puis genre… elle m'avait dit que c'était confidentiel, mais dans le fond tous les profs puis la directrice l'ont su, là. C'est un peu ridicule. (Amélie)

- L'ouverture de l'intervenant sur ses propres expériences personnelles encourage l'adolescent à s'ouvrir sur son vécu;

> Elle me parlait aussi d'elle un peu, de ses expériences de vie, genre et je pense que ça, je ne sais pas, ça me rendait un peu plus ouvert à parler parce que, elle justement, elle s'était ouvert à moi. (Guillaume)

- Le fait que l'intervenant se mette au même niveau que l'adolescent et que la communication soit bidirectionnelle. Ainsi, les rôles d'aidant et d'aidé se font ainsi moins sentir;
- La technique de la confrontation favorise parfois l'ouverture chez l'adolescent;

> Il n'y a jamais quelqu'un qui m'a rentré dedans de même, là, ça n'a pas de sens […] il était là, genre: « tu veux chrisser ton camp? Bien chrisses ton camp. Puis je fais tes téléphones là ». Puis en tout cas, tout le kit. J'ai pleuré tellement j'avais peur de lui. Fait que là, après ça, il était venu me revoir dehors, genre, puis, tu sais, il n'a rien dit, là, il a juste attendu que je lui parle. Finalement, il sait toute ma vie. Fait que là, c'était correct […] il est venu à côté de moi, là, il était à côté de moi puis tout, puis il est venu fumer une cigarette, puis finalement, j'ai commencé à lui parler. (Amélie)

- Le fait de connaître l'intervenant facilite le lien de confiance, un lien propice aux échanges sur des sujets délicats tel que la consommation de SPA.

> Je ne parle pas au monde, je ne parle quasiment pas là, tu sais, quand je ne connais pas l'autre personne fait que… […] la première fois [première administration de l'outil d'évaluation spécialisée] parce que j'avais genre…. bullshité, là, mais genre… oui, je l'avais comme bullshité un peu là […] parce que genre c'est la première fois que je voyais la personne puis tout genre, puis… je ne sais pas là… je n'avais comme… pas confiance. (Amélie)

Peu d'éléments relatifs aux intervenants sont rapportés comme ayant eu une incidence négative sur la trajectoire thérapeutique. Les seuls éléments qui ressortent sont les suivants:

- L'adoption d'une attitude moralisatrice;

> « Fais pas ça, fait pas ça », je n'aime pas tant ça […] dire: « non, ce n'est pas bon consommer, pourquoi tu consommes, pourquoi tu cherches à fuir, pourquoi tu cherches tout », tout ce qui embarque là-dedans. (Simon)

- La divulgation de renseignements confidentiels;

> Toutes les personnes qui disent que c'est confidentiel, mais ça ne l'est jamais fait que […] les psychologues, ils disent que c'est confidentiel, mais ils disaient tout. (Amélie)

- Le fait de ne pas relancer l'adolescent qui s'absente d'une rencontre;

- Le fait de réduire la fréquence des rencontres prématurément.

> Mais la première rencontre, ça allait bien, puis pendant une semaine ou deux ça avait marché, mais après là [consommation diminuée, donc intervenante a ralenti la fréquence des rencontres], j'ai fait une rechute […] t'sais au dé… Parce que moi, quand j'y avais déjà dit ça en plus là, je suis affecté quand quelqu'un m'en parle, mais si quelqu'un arrête de m'en parler, tu sais, moi je retombe dans ma tête là, puis je suis comme « ah… » puis là j'ai des cravings, puis là ça recommence. (Philippe)

Analyse des profils des participants

Les données recueillies auprès des adolescents rencontrés ont conduit à dégager trois profils selon leur position actuelle (au moment de la seconde entrevue) et selon leur position projetée au sujet de la consommation. Les profils sont présentés dans le tableau qui suit.

Tableau 6. Profil de consommation des adolescents au moment de la seconde entrevue

Profils	Noms des adolescents
Profil 1) Abstinence actuelle et souhaitée pour le futur	Cédric, Marie
Profil 2) Abstinence actuelle et souhait d'éventuellement intégrer une consommation très occasionnelle	Philippe, Simon
Profil 3) Consommation actuelle diminuée et souhait de poursuivre ainsi ou d'arrêter ou éventuellement	Amélie, Béatrice, Guillaume, Hélène, Olivier

Explorons quels sont les éléments qui caractérisent ces trois profils. Pour commencer, les deux adolescents du premier profil (qui ne consomment plus) ont pu compter sur un réseau social soutenant et sur un intervenant significatif rencontré en cours de trajectoire thérapeutique. De plus, ils ont en commun d'être allés en suivi interne où ils ont tous deux fait la rencontre d'une personne avec qui ils ont partagé un précieux soutien mutuel. En outre, au moment précédant la demande d'aide, Philippe (profil deux) et Marie (profil un), qui ont en commun d'être tous deux actuellement abstinents, avaient des attitudes opposées concernant leur motivation à recevoir des services: l'un était dans le déni de sa problématique (stade de *précontemplation*) et l'autre reconnaissant ses difficultés souhaitait vivement changer ses comportements (stade de *préparation*). En réponse à ces motivations

différentes, les motifs de leur demande d'aide sont également à l'opposé: pour répondre à une pression externe ou par intérêt, de leur plein gré. Malgré ces différences, ils étaient tous deux abstinents. Il est intéressant de noter que les deux autres adolescents des profils un et deux (Cédric et Simon) qui étaient aussi au stade de *précontemplation* ou au stade de *préparation* avaient, au moment de la seconde entrevue, également cessé de consommer. Autrement dit, l'ensemble des adolescents rencontrés initialement aux stades de *précontemplation* et de *préparation* étaient abstinents.

Concernant les profils un et deux, il y a constatation que trois des quatre adolescents ayant arrêté la consommation sont allés en suivi interne. Parmi les adolescents du troisième profil, Amélie, qui a diminué sa consommation à la suite d'un séjour en service interne non complété, mentionne qu'elle souhaite y retourner pour en arriver à exercer un véritable contrôle sur sa consommation. Il semble donc y avoir un lien entre les services internes et l'arrêt de consommation, sans toutefois qu'il soit possible de préciser la nature de ce lien.

Les adolescents pour qui la consommation a diminuée (profil trois), à la suite des services spécialisés, ont en commun quelques caractéristiques. Dans tous les cas, la demande d'aide a été faite à la suite de conseils d'un intervenant de première ligne (attaché au CJ, au CLSC ou à l'école) et c'est cet intervenant qui a agi comme facilitateur pour le contact avec le CRD. Aucun de ces adolescents n'a initié lui-même ce contact, que ce soit pour demander des services ou pour prendre rendez-vous. De plus, ces quatre adolescents étaient au stade de *contemplation* au moment où ils ont entamé leur démarche d'aide.

Chapitre 5: Discussion

Les résultats de ce projet de recherche mettent en lumière le rôle du contexte et de l'environnement dans lesquels l'adolescent évolue, sur ses décisions et sur ses actions. Plus spécifiquement, l'étude soulève que le réseau social, tant le réseau informel (amis, parents, autres membres de la famille) que le réseau formel (intervenants, professeurs) est susceptible de jouer un rôle à des moments clés de sa vie. En l'occurrence, dans le cadre de ce projet de recherche, l'attention est portée sur la trajectoire thérapeutique en dépendance. Les adolescents ont élaboré au sujet de multiples facteurs ayant influencé de près ou de loin leur demande d'aide ainsi que leur persévérance en traitement au sein des services spécialisés en dépendance. Parmi ces nombreux facteurs, plusieurs sont liés aux relations interpersonnelles. Les membres du réseau social peuvent agir comme des facilitateurs ou des barrières au processus de demande d'aide. D'autres ont un impact sur la persévérance en traitement.

Caractéristiques du réseau social

Comme le réseau social est au cœur de ce projet de mémoire, il convient dans un premier temps de discuter de ce réseau social, en lien avec les divers éléments soulevés dans la littérature.

Divers membres du réseau social ont, à un moment ou à un autre de la trajectoire thérapeutique, manifesté du soutien social aux adolescents. Les différentes manifestations de soutien social dans les résultats de ce mémoire collent aux divers types de soutien social tel que décrits par King et ses collègues (2006): émotionnel, instrumental et cognitif. Ce soutien est identifié dans les résultats comme provenant des deux sources du réseau social telles que définies par Streeter et Franklin (1992): réseau formel et réseau informel.

Le réseau formel est majoritairement représenté par les intervenants que les adolescents ont rencontrés à l'une ou l'autre des étapes de la démarche d'aide. Que ce soit des intervenants

des services de première ligne ou des intervenants au sein des services spécialisés en dépendance. Fait intéressant à soulever: les enseignants, malgré que leur présence soit soulignée à quelques reprises, sont rarement rapportés comme des membres significatifs du réseau social. Cette constatation est étonnante compte tenu que les adolescents fréquentant un établissement scolaire passent plusieurs heures quotidiennement avec leur enseignant. Ceci laisse croire que les membres les plus significatifs du réseau social formel ne sont pas nécessairement ceux que les adolescents côtoient le plus fréquemment. Bien que les intervenants soient au cœur du processus thérapeutique, ils ne sont pas les seuls à exercer un rôle sur la trajectoire thérapeutique.

Les membres du réseau informel, qui sont les plus présents dans les vies des adolescents, exercent aussi un rôle. Ils sont nombreux (parents, amis, fratrie, famille éloignée). Ils sont dans le quotidien des adolescents et ce qu'ils pensent ou font a un impact sur les adolescents. Bien qu'il soit impossible d'établir de lien de cause à effet entre l'influence des membres du réseau informel et les choix ainsi que les actions des adolescents, il est constaté que les adolescents s'entourent de personnes qui leur ressemblent ou à qui ils souhaitent ressembler. Par ailleurs, plusieurs connaissent une reconfiguration de leur réseau social en cours de trajectoire thérapeutique. Des amis consommateurs laissent place à des amis non-consommateurs lorsque les adolescents cessent ou réduisent leur consommation.

Contexte de la consommation pré demande d'aide

À l'aube de faire une demande d'aide, divers éléments soulevés dans les résultats concernant le contexte de consommation peuvent être liés avec des informations tirées de la littérature, au sujet de la consommation des SPA à l'adolescence.

Les comportements problématiques de consommation peuvent être associés à différentes typologies. Ils peuvent être vus sous le regard du DSM-V. Dans le cadre de ce projet de mémoire, il serait aventureux et même inapproprié d'associer hors de tout doute l'importance de la consommation de SPA des adolescents au diagnostic de *trouble lié à*

l'usage d'une substance (American Psychiatric Association, 2013). Toutefois, ils ont presque certainement ce diagnostic, puisque l'ensemble des adolescents recrutés pour ce projet de recherche ont été évalués à l'aide de l'outil d'évaluation *Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents* (IGT-ADO) et ont été retenus comme devant recevoir des services spécialisés. Si un diagnostic ne peut être posé, nous pouvons minimalement affirmer que les adolescents de l'étude se situent au niveau de la *consommation problématique* lors de leur demande d'aide, selon la catégorisation en ordre de sévérité suivante: l'*usage récréatif*, la *consommation à risque*, la *consommation problématique* (Tremblay & Blanchette-Martin, 2009). En effet, les résultats mettent en évidence que les adolescents vivaient de nombreuses conséquences négatives liées à leur consommation de SPA, même s'ils en étaient pas tous conscients au moment de faire une demande d'aide.

Parmi les conséquences négatives de la consommation soulevées dans les résultats de recherche, plusieurs sont similaires à celles dont fait mention la littérature. Les observations dans ce mémoire sont cohérentes avec les études stipulant que la consommation peut avoir des impacts négatifs sur les relations sociales (Dubé et al., 2009; McCabe et al., 2006). En effet, des relations amicales sont perdues ou plusieurs tensions relationnelles apparaissent. De plus, les conséquences peuvent affecter des aspects psychologiques (Santé Canada, 2000), les adolescents rapportent notamment un impact sur la concentration. Bien que la littérature mentionne des risques physiques à long terme de l'usage des SPA, comme d'être contaminé par le VIH et d'endommager le foie (Santé Canada, 2000), dans ce présent mémoire il est plutôt question de conséquences physiques à court terme, tel les vomissements et pertes de conscience. Finalement, les adolescents ont rapporté vivre des conséquences sur les plans financier et judiciaire, tel que soulevé dans l'étude de Dubé et ses collègues (2009).

Motivation lors de la demande d'aide

Bien que les adolescents vivent différentes conséquences liées à leur consommation de SPA, cela ne garantit pas leur motivation à entamer une démarche d'aide.

Au moment de la demande d'aide, certains participants à l'étude ne réalisent pas qu'ils sont dans le cercle vicieux de la dépendance. Leur degré de motivation pour entamer une démarche est très variable. Les résultats mettent en lumière que des adolescents se situent aux stades de la *précontemplation*, de la *contemplation* et de la *préparation* (Prochaska et al., 1992). Le stade de la *contemplation* étant surreprésenté, une majorité des adolescents est donc ambivalente face à l'idée de faire un changement quant aux habitudes de consommation et de débuter une demande d'aide.

Malgré ces degrés de motivation variables, les adolescents ont tous fait une demande d'aide (rappelons-nous que les adolescents devaient nécessairement avoir fait une demande d'aide pour être recrutés pour ce présent mémoire). Cela va de pair avec l'explication du modèle transthéorique, de Prochaska et ses collègues (1992), qui stipule que la demande d'aide peut se faire à l'un ou l'autre des stades du modèle. La différence observée dans les résultats de ce mémoire entre les adolescents se situant à des stades différents est la nature de leur motivation. La demande d'aide des adolescents au stade de la *précontemplation* est motivée par un facteur extrinsèque: la pression du réseau social. Au contraire, les jeunes au stade de la *préparation* ont davantage fait une demande d'aide en réponse à des facteurs intrinsèques. Les analyses des résultats de ce mémoire proposent que les adolescents, pour qui une demande d'aide s'enclenche, peuvent tout aussi bien atteindre un but tel l'arrêt de la consommation, indépendamment qu'ils étaient initialement au stade de la *précontemplation* ou à celui de la *préparation*.

Rôle du réseau social sur le processus de demande d'aide

La littérature dénombre plusieurs facteurs liés aux relations interpersonnelles qui encouragent l'adolescent dans le processus de demande d'aide. Les résultats de ce projet de recherche sont cohérents avec ce que Power et ses collègues (2005) soulèvent: la famille a le pouvoir de favoriser la *reconnaissance du problème* et la *prise de décision de chercher de l'aide* (étapes de la demande d'aide selon Power et ses collègues en 2005). Les parents

qui eux-mêmes reconnaissent les difficultés vécues par leur adolescent l'encouragent à débuter une démarche d'aide soit en exerçant une pression ou en lui conseillant de rencontrer un intervenant (procurer des conseils est un soutien de type cognitif). Par conséquent, les parents qui favorisent la *reconnaissance du problème* doivent préalablement eux-mêmes capter et comprendre que l'adolescent vit des difficultés (Power et al., 2005). Toujours dans le même sens que la littérature, il ressort de cette étude que certains amis peuvent faciliter la demande d'aide (Ballon et al., 2004). Il suffit de penser aux amis consommateurs ou non qui suggèrent à l'adolescent d'aller chercher de l'aide, qui parlent positivement des services spécialisés ou encore qui contactent un intervenant pour tenter de lui venir en aide. Ils procurent ainsi du soutien cognitif et instrumental.

À l'opposé, la littérature soulève que bien que des membres du réseau social peuvent encourager l'adolescent à faire une demande d'aide, d'autres représentent des barrières à ce premier pas dans la trajectoire thérapeutique. Bien que la famille puisse avoir une influence positive, elle peut également être un frein à débuter des démarches. Les résultats de ce projet appuient les conclusions d'une étude qui précise que des parents vivant eux-mêmes des difficultés liées aux SPA sont en mauvaise position pour reconnaître la situation problématique de leur adolescent (Currie, 2001). Par exemple, le beau-père d'un adolescent rencontré dans ce projet ne voyait pas d'inconvénient à consommer en présence de l'adolescent. En outre, tel qu'observé dans le projet de recherche et en parallèle dans la littérature, l'indifférence des parents face à la consommation de l'adolescent ne l'encourage pas dans sa demande d'aide (Ballon et al., 2004). Deux éléments intéressants soulevés par quelques répondants apportent des nuances aux analyses rapportées dans la littérature: les conflits familiaux et une histoire de consommation de SPA dans la famille nuiraient au processus de demande d'aide (Ballon et al., 2004). Pour quelques participants, l'atmosphère négative à la maison a justement été le motif premier pour lequel l'adolescent a rencontré un intervenant à qui il s'est ouvert sur son utilisation problématique de SPA. De plus, certains ex-consommateurs dans la famille proche ou éloignée des adolescents ont plutôt eu une influence indirecte motivant l'adolescent vers une demande d'aide soit 1) parce qu'un membre a reçu des services spécialisés qui lui ont été bénéfiques, soit 2) parce qu'un

membre a vécu des conséquences négatives importantes liées aux SPA, impact que l'adolescent ne souhaite pas vivre.

Concernant les amis des adolescents, bien qu'ils puissent être des facilitateurs à la demande d'aide, ils sont également susceptibles de nuire. Les résultats soulèvent des éléments qui vont dans le même sens que ce que relèvent les études antérieures: les activités de consommation bien ancrées au sein d'un groupe sont souvent normalisées, voire valorisées (Currie, 2001). Il est possible d'imaginer que ce n'est pas au sein d'un tel groupe que sont encouragées les actions visant à cesser de consommer.

Les intervenants sont également des acteurs qui ont un rôle majeur dans le processus de demande d'aide. La littérature avance diverses caractéristiques ou divers comportements des intervenants qui seraient des barrières à la demande d'aide, dont sembler déconnecté de la réalité des usagers ou faire ressentir à l'usager un désintéressement (Ballon et al., 2004; Currie, 2001). Ces éléments ne sont pas ressortis des propos des répondants concernant le processus de demande d'aide, ils ont cependant été soulevés comme ayant un impact négatif sur la persévérance en traitement. Pour citer un exemple, un adolescent mentionne avoir cessé le suivi externe puisque l'intervenant ne l'a pas relancé à la suite de son absence à une rencontre.

Fait intéressant à noter, il serait préférable auprès des adolescents d'offrir des services sous un mode actif plutôt que passif. Si un adolescent fait un premier pas vers une demande d'aide, l'intervenant devrait saisir cette occasion de l'aider, puisque cet adolescent pourrait ne pas faire un deuxième pas. L'aide active devrait être privilégiée, comme la prise d'un rendez-vous sur-le-champ, plutôt que l'aide passive, comme la remise d'un numéro de téléphone.

Rôle du réseau social sur la persévérance en traitement

La littérature et les résultats de ce projet de recherche permettent de mettre en lumière que les facteurs susceptibles d'influencer la persévérance en traitement sont nombreux. Les résultats soulignent l'importance d'impliquer les parents dans le processus thérapeutique. Les conclusions de l'étude Williams et Chang (2000) vont dans le même sens. Les adolescents rapportent qu'ils auraient apprécié que la famille ait une contribution plus grande en cours de services spécialisés, notamment en laissant davantage de place aux membres de la famille pour s'exprimer lors des rencontres. Un résultat du mémoire est différent de ce que propose l'étude de Slesnick (2001). Cette dernière étude avance que les adolescents percevant moins de soins parentaux seraient plus engagés dans le suivi spécialisé, une fois la thérapie débutée. Considérant que le manque de soin a une certaine parenté avec le manque de soutien, bien qu'ils ne soient pas des synonymes, des résultats du projet de recherche ne vont pas dans le même sens que l'étude de Slesnick (2001). L'analyse des résultats propose que les adolescents qui perçoivent leurs parents comme étant indifférents ou comme n'approuvant pas la démarche d'aide seraient des adolescents moins engagés dans le traitement. Le manque de soutien serait un obstacle à la persévérance en traitement. D'un autre côté, lorsqu'il y a amélioration de l'atmosphère à la maison, cela entraînerait des adolescents à mettre un terme au service spécialisé. Cette amélioration du climat familial ne favoriserait pas la persévérance en traitement, peut-être en raison de la perception que les services spécialisés sont moins utiles, puisque les habitudes de consommation entraînent moins de conséquences négatives.

Un élément qui ressort des résultats comme étant au cœur de la persévérance thérapeutique est l'importance du soutien de type émotionnel. En effet, le soutien mutuel d'un ami ou d'un amoureux qui est également en démarche d'aide serait favorable au processus thérapeutique. Les suivis de groupe sont aussi très appréciés pour le soutien émotionnel qu'ils procurent. Ces observations se rapprochent des conclusions d'une étude réalisée en 2008 (Davey-Rothwell et al., 2008) stipulant qu'il est plus probable que la personne dans le besoin adhère à un traitement (dans le cas de l'étude, traitement en douze étapes) lorsque des amis consommateurs y participent également.

De plus, les résultats permettent de mettre en lumière qu'il est très important que les intervenants soient attentifs aux besoins des adolescents. Malgré que la littérature ne fasse pas mention de cet élément, il ressort clairement dans ce mémoire que les intervenants devraient porter une attention particulière aux besoins exprimés. Ainsi, la structure des rencontres, notamment leur fréquence, devrait être ajustée considérant les besoins des adolescents.

Finalement, les résultats abondent sur l'importance de la qualité du soutien social perçue sur la démarche d'aide et la persévérance en traitement, dans le même sens que l'étude de Bergeron et ses collègues (1997). À maintes reprises, les adolescents mentionnent avoir le sentiment, par exemple, que leur famille, amis et intervenants les encouragent et les soutiennent dans leurs démarches. Ils se sentent appréciés par leur entourage, notamment par leur famille, laquelle fait sentir à l'adolescent qu'elle est fière et contente de ses démarches débutées. Cette influence positive du réseau social vient sous forme de soutien émotionnel. Ce soutien est procuré par les membres significatifs de l'entourage et paraît être très apprécié par les adolescents. Comme l'impact de certains membres significatifs peut être bénéfique, ces derniers pourraient davantage être impliqués en cours de suivi externe, mais également en suivi interne.

Modèles d'intervention en toxicomanie

Ces constatations sur l'impact positif que peuvent avoir les membres de l'entourage sur le processus thérapeutique vont dans le même sens que les conclusions de l'étude *Cannabis Youth Treatment*. Dans le cadre de cette étude, cinq modèles d'intervention pour les jeunes vivant des difficultés liées à leur consommation de SPA ont été évalués, afin d'appuyer scientifiquement les interventions auprès des adolescents (Diamond et al., 2002). Tant dans ce mémoire que dans l'étude du *Cannabis Youth Treatment*, l'implication du réseau social, particulièrement de la famille, serait bénéfique sur la persévérance en traitement. De plus, l'implication de la famille favoriserait de meilleurs liens familiaux et engendrerait des gains thérapeutiques notables (Diamond et al., 2002; Liddle, 2002a). Tant les résultats de ce

mémoire que les conclusions des études antérieures laissent croire qu'il serait bénéfique d'impliquer davantage la famille dans les services spécialisés en dépendance.

Conclusion

Ce projet de recherche est une contribution à l'avancement des connaissances dans le domaine des sciences sociales, plus précisément du service social. Les résultats appuient ceux d'études antérieures à l'effet que le réseau social exerce un rôle sur les choix et décisions des individus. Dans ce contexte, il joue un rôle sur la trajectoire thérapeutique des adolescents. Il les influence sur deux éléments clés de la trajectoire thérapeutique: la demande d'aide et la persévérance en traitement. Ce projet de mémoire illustre bien que le rôle du réseau social est variable. Les membres du réseau formel et du réseau informel sont susceptibles d'avoir des impacts positifs et négatifs. De nombreux exemples ont été soulevés au sein de ce mémoire. Les influences positives sont reçues sous forme de soutien social, les adolescents apprécient tous types de soutien, mais celui qui semble prédominant dans leur discours est le soutien émotionnel: il est procuré par les membres significatifs de leur entourage.

Les points centraux des résultats de ce projet de mémoire permettent d'avancer certaines pistes d'action prometteuses pour l'intervention jeunesse en dépendance. Partant de la prémisse que le réseau social exerce un rôle positif ou négatif sur la trajectoire thérapeutique des adolescents, il s'avèrerait important d'accentuer les facteurs positifs et de tenter de réduire l'impact des facteurs négatifs. Comme des membres de la famille et certains amis favorisent la demande d'aide et la persévérance en traitement, ils pourraient s'impliquer davantage en cours de trajectoire thérapeutique. Par ailleurs, les adolescents sont sensibles à ce que les autres pensent à leur égard, notamment les amis et les parents avec qui ils passent le plus clair de leur temps. C'est pourquoi il serait bénéfique de mettre de l'avant les membres du réseau social qui exercent un rôle positif afin qu'ils contribuent au progrès de l'adolescent.

Les résultats permettent de constater que l'éloignement du réseau social consommateur favorise également la persévérance en traitement ainsi que l'atteinte des objectifs tel que l'abstinence. Un intervenant qui réussit habilement à faire comprendre cela à l'adolescent motivé dans sa démarche pourrait avoir un impact favorable sur le processus thérapeutique.

De plus, les profils des adolescents rencontrés témoignent bien de la réalité qu'il n'est pas nécessaire d'être au stade de la *préparation* ou de l'*action* (Prochaska et al., 1992) pour procéder à une demande d'aide. Puisqu'à l'adolescence le réseau social est très présent (il suffit de penser aux parents et au milieu scolaire), même des adolescents dans le déni de leur problématique arrivent dans les services. Leur entrée dans les services est dans ces cas précédée par une pression externe. Ce n'est qu'une fois la démarche entamée que, via l'approche motivationnelle et autres techniques d'interventions, les intervenants agissent pour favoriser la reconnaissance de la problématique. Cela appuie l'idée qu'il est souhaitable, voire fortement suggéré lorsque l'adolescent ne reconnaît pas ses difficultés, d'exercer une certaine pression externe et de l'encourager à faire une demande d'aide.

Les résultats de ce projet de recherche doivent être consultés avec prudence. Effectivement, ce mémoire contient certaines limites. L'échantillon n'étant composé que de neuf adolescents, les résultats ne peuvent pas être généralisés à une population plus large. Ils représentent en profondeur ce qu'ont vécu ces adolescents participant au projet, mais l'humain est si complexe que de nombreux autres facteurs peuvent influencer la façon qu'est vécue une expérience, en l'occurrence ici la trajectoire thérapeutique. Cette expérience se vit différemment d'un individu à l'autre. De plus, dans le cadre de ce projet de mémoire, ce sont principalement les éléments liés au réseau social qui ont été explorés. Il s'avère que le réseau social jouerait un rôle sur la trajectoire thérapeutique de l'adolescent, mais il est important de rappeler que de nombreux autres éléments non explorés dans cette étude sont susceptibles d'avoir joué un rôle sur l'expérience vécue. Des études futures pourraient explorer les autres facteurs qui ont une influence sur la trajectoire thérapeutique. Une autre avenue intéressante pour la recherche serait de se pencher sur les

usagers adultes au sein des services spécialisés en dépendance afin d'évaluer en quoi le rôle du réseau social dans la trajectoire thérapeutique est similaire ou différent de celui auprès des adolescents. Finalement, il serait intéressant de comparer le rôle du réseau social sur la trajectoire thérapeutique des adolescents vivant une problématique autre que liée aux SPA, par exemple un trouble alimentaire.

Références

American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi, & M.-A. Crocq). Paris, France: Masson.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Ballon, B., Kirst, M., & Smith, P. (2004). Youth help-seeking expectancies and their relation to help-seeking behaviours for substance use problems, *Addiction research and therapy*, 12(2), 241-260.

Battjes, R. J., Onken, L. S., & Delany, P. J. (1999). Drug abuse treatment entry and engagement: report of a meeting on treatment readiness. *Journal of clinical psychology*, 55(5), 643-657.

Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological bulletin*, 82(5), 738-783.

Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14(4), 413-445.

Beauregard, L., & Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service social*, 45(3), 55-76.

Beckman, L. J., & Bardsley, P. E. (1986). Individual characteristics, gender differences and drop-out from alcoholism treatment. *Alcohol and alcoholism*, 21(2), 213-224.

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*. Garden City, N.Y.: Doubleday.

Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., & Cournoyer, L. G. (1997). *Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomane: une approche multidimensionnelle*. Montréal, Québec: RISQ.

Bergeron, J., Marcil, I., & Laflamme-Cusson, S. (1996). Cheminement et persévérance des clients qui entreprennent un programme de réadaptation en toxicomanie. *Science et comportement*, 24(3), 173-190.

Bergeron, J., Tremblay, J., Cournoyer, L. G., Landry, M., & Brochu, S. (2009). Consommation de cannabis et utilisation de l'entretien motivationnel dans les programmes de traitement pour adolescents. *RISQ-info*. 17(1), 5-8.

Boivin, M. D., Leblanc, A., & Tondreau, J. (2001). Des acteurs et des pratiques en toxicomanie: les enjeux de la participation à un stage de réinsertion socioprofessionnelles. *Revue canadienne de counseling*, 35(4), 298-314.

Brizer, D. A., Maslansky, R., & Galanter, M. (1990). Treatment retention of patients referred by public assistance to an alcoholism clinic. *American journal drug alcohol abuse*, 16(3-4), 259-264.

Buchanan, J. (1995). Social support and schizophrenia: A review of the literature. *Archives of psychiatric nursing*, 9(2), 68-76.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLT). (2010). *Les principes de base du traitement de la toxicomanie chez les jeunes*. Ottawa, Ontario: Réseau canadien des professionnels en toxicomanie et de domaines connexes.

Centre québécois de lutte aux dépendances (CQLD). (2006). *Drogues, savoir plus risquer moins, le livre d'information* (3me éd.). Montréal, Québec: CQLD.

Clark, H. W., MacNeill, H. A., Dennis, M., & Babor, T. (2002). Moving from research to practice just in time: The treatment of cannabis use disorders comes of age. *Addiction*, 97(1), 1-3.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-357.

Cunningham, J. A., Sobell, L., C., Sobell, M., B., Agrawal, S., & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive behaviors*, 18, 347-353.

Currie, J. C. (2001). *Best practices, treatment and rehabilitation for youth with substance use problems*. Ottawa, Ontario: Santé Canada.

Dakof, G. A., Tejeda, M., & Liddle, H. A. (2001). Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 40(3), 274-281.

Davey-Rothwell, M. A., Kuramoto, S. J., & Latkin, C. A. (2008). Social networks, norms, and 12-step group participation. *American journal of drug and alcohol abuse*, 34, 185-193.

Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., … Funk, R. (2004). The cannabis youth treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials. *Journal of substance abuse treatment*, 27, 197-213.

Dennis, M., Titus, J. C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S. H., Tims, F. M., … Scott, C. K. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans. *Addiction*, 97 Suppl 1, 16-34.

Diamond, G., Godley, S. H., Liddle, H. A., Sampl, S., Webb, C., Tims, F. M., & Meyers, R. (2002). Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the cannabis youth treatment interventions. *Addiction*, 97 Suppl 1, 70-83.

Dubé, G., Bordeleau, M., Cazale, L., Fournier, C., Traoré, I., Plante, N.,… Camirand, J. (2009). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*. Québec: Institut de la statistique du Québec.

Frayn, D. (1992). Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *American journal of psychotherapy*, XLVI(2), 250-261.

Freeman, A., & Dolan, M. (2001). Revisiting Prochaska and Diclemente's stages of change theory: An expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation. *Cognitive and behavioral practice*, 8, 224-234.

Godley, S. H., Dennis, M. L., Godley, M. D., & Funk, R. R. (2004). Thirty-month relapse trajectory cluster groups among adolescents discharged for out-patient treatment. *Addiction*, 99(2), 129-139.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(113), 1-9.

Hawe, P., Webster, C., & Shiell, A. (2004). A glossary of terms to navigate the field of social network analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 971-975.

Hser, Y. I., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S. C., Fletcher, B. W., Brown, B. S., & Anglin, D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of general psychiatry*, 58(7), 689-695.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2000). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000*. Québec: Gouvernement du Québec.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2012). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*. Québec: Gouvernement du Québec.

Kelly, J. F., Kahler, C. W., & Humphreys, K. (2010). Assessing why substance use disorder patients drop out from or refuse to attend 12-step mutual-help groups: The ''REASONS'' questionnaire. *Addiction research and theory*, 18(3), 316-325.

Kim, J. Y. S., & Fendrich, M. (2002). Gender differences in juvenile arrestees' drug use, self-reported dependence and perceived need for treatment, *Psychiatric services*, 53(1), 70-75.

King, A. C., & Canada, S. A. (2004). Client-related predictors of early treatment drop-out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. *Journal of substance abuse treatment*, 26, 189-195.

King, G., Willoughby, C., Specht, J. A., & Brown, E. (2006). Social support processes and the adaptation of individuals with chronic disabilities. *Qualitative health research*, 16(7), 902-925.

Laflamme-Cusson, S., & Moisan, C. (1993). *Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) et RISQ.

Landry M., Cournoyer, L. G., Bergeron, J., & Brochu, S. (2001). Persévérance en traitement pour toxicomanie en centre de réadaptation: effets de la comorbidité, de la structure du traitement et du profil biopsychosocial. *Science et comportement*, 28(3), 115-143.

Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J., & Brunelle, N. (2004). La grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO): développement et qualités psychométriques. *Drogues, santé et société*, 3(1), 20-37.

Laventure, M., Déry, M., & Pauzé, R. (2006). Gravité de la consommation de psychotropes des adolescents ayant un trouble des conduites. *Criminologie*, 39, 165-188.

Le Moigne, J. L. (1995). *Les épistémologies constructivistes*. Paris, France: Presses universitaires de France.

Léonard, L., & Ben Amar, M. (2002). *Les psychotropes: Pharmacologie et toxicomanie*. Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.

Liddle, H. A. (2002a). Advances in family-based therapy for adolescent substance abuse: findings for multidimensional family therapy research program. *Research Monograph* n° *182: Problems of drug dependence 2001* (ed. L.S. Harris), Bethesda, MD: National institute on drug abuse.

Liddle, H. A. (2002b). Multidimensional family therapy for adolescent cannabis users. *Cannabis youth treatment series volume 5*, Rockville, MD: Center for substance abuse treatment, Substance abuse and mental health services administration.

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of randomized clinical trial. *American journal of drug and alcohol abuse*, 27, 651-688.

Liddle, H. A., & Hogue, A. (2000). A family-based, developmental-ecological preventive intervention for high-risk adolescent. *Journal of marital and family therapy*, 26(3), 265-279.

Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M. C., & Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal, Québec: Gaëtan Morin.

McCabe, S. E., Cranford, J. A., Morales, M., & Young, A. (2006). Simultaneous and concurrent polydrug use of alcohol and prescription drugs: Prevalence, correlates, and consequences. *Journal of studies on alcohol*, 67, 529-537.

Mercklé, P. (2004). *La sociologie des réseaux sociaux*. Paris, France: La Découverte et Syros.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel Aider la personne à engager le changement*. Paris, France: InterEditions-Dunod.

MSSS. (2007). *Offre de service 2007-2012 – Programme-services Dépendances: Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*. Québec: Gouvernement du Québec.

Nadeau, L., & Biron, C. (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing research*, 30(5), 264-269.

Olievenstein, C. (1987). *La Clinique du toxicomane*. Paris, France: Éditions universitaires Begedis.

Organisation mondiale de la santé. (2012). Il faut un meilleur accès aux soins pour les personnes présentant une dépendance. Repéré à http://www.who.int/media centre/news/notes/2012/drug_use_20120626/fr/

Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville: Gaëtan Morin.

Power, T. J., Eiraldi, R. B., Clarke, A. T., & Mazzuca, L. B. (2005). Improving Mental health service utilization for children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, 20(2), 187-205.

Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change, Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

Roffman, R. A., Klepsch, R., Wertz, J. S., Simpson, E. E., & Stephens, R. S. (1993). Predictors of attrition from an outpatient marijuana-dependence counseling program. *Addictive behaviors*, 18, 553-566.

Rudkin J. K. (2003). *Community pychology, Guiding principles and orienting concepts*. New Jersey: Prentice Hall.

Santé Canada. (2000). *Les drogues faits et méfaits*. Ottawa, Ontario: Gouvernement du Québec.

Santé Canada. (2007). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC): Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens: Consommation d'alcool et de drogues par les jeunes*. Ottawa, Ontario: Conseil executif canadien sur les toxicomanies (CECT).

Santé Canada. (2012). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD)*. Ottawa, Ontario: Santé Canada.

Slesnick, N. (2001). Variables associated with therapy attendance in runaway substance abusing youth: Preliminary findings. *The american journal of family therapy*, 29, 411-420.

Slesnick, N., Prestopnik, J. L., Meyers, R. J., & Glassman, M. (2007). Treatment outcome for street-living, homeless youth. *Addictive behaviors*, 32, 1237-1251.

Streeter, C. L., & Franklin, C. (1992). Defining and measuring social support: Guidelines for social work practitioners. *Research on social work practice*, 2(1), 81-98.

Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American journal of community psychology*, 13(2), 187-202.

Tracy, E. M., & Abell, N. (1994). Socialnetwork map: Some further refinements on administration. *Social Work research*, 18(1), 56-60.

Tremblay, J., Bertrand, K., & Ménard, J. M. (2005). *Implication des membres de l'entourage dans le processus de réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanies*. Montréal, Québec: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Tremblay, J., & Blanchette-Martin, N. (2009). *Manuel d'utilisation du DÉBA Alcool/Drogues/Jeu; Version adaptée pour la formation de la première ligne en dépendance*, Version 1.08, Québec: Service de recherche CRUV/CRAT-CA en collaboration avec le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.

Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., & Garceau, P. (2004). *Portrait de consommation de substances psychoactives de jeunes consultant en centre spécialisé en toxicomanie (PAJT) et provenant du centre jeunesse de Québec*. Les études CRUV/ALTO, Québec: Service de recherche CRUV/CRAT-CA et CHSLD de Beauce.

Tremblay, J., Brunelle, N., Blanchette-Martin, N., Landry, M., L'Espérance, N., Laventure,… Savard, A.C. (2014). *Évaluation des Mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie* (Rapport n° 2011-JT-139927). Québec.

Vaux, A. (1988). *Social Support. Theory, Research, and Intervention*. New York: Praeger.

Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American journal of community psychology*, 14(2), 195-219.

Vendetti, J., McRee, B., Miller, M., Christiansen, K., & Herrell, J. (2002). The Marijuana Treatment Project Research Group. *Addiction*, 97 Suppl 1, 125-134.

Von Glasersfeld, E. (1989). *An exposition of constructivism: Why Some like it radical*.

Watzlawick, P. (1988). *L'invention de la réalité: comment savons-nous ce que nous croyons savoir?: Contributions au constructivisme*. Paris, France: Éditions du Seuil.

Williams, R. J., & Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical psychology: Science and practice*, 7(2), 138-166.

Zinberg, N. (1984). *Drug, set and setting*. New Haven, CT: Yale University Press

ANNEXE I: Formulaire de consentement, projet *Évaluation des MAJT*

Université du Québec à Trois-Rivières
Équipe de « Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec » (RISQ)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

« Évaluation des mécanisme d'accès jeunesse en toxicomanie »

Jeunes et parents

Nom des chercheurs et fonctions

Joël Tremblay, Ph.D.	Chercheur principal	Université du Québec à Trois-Rivières, Équipe de « Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec » (RISQ)
Natacha Brunelle, Ph.D.	Co-chercheure	Université du Québec à Trois-Rivières, Équipe de « Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec » (RISQ)
Steve Jacob, Ph.D.	Co-chercheur	Université Laval, Québec
Myriam Laventure, Ph.D.	Co-chercheure	Université de Sherbrooke, Équipe de « Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec » (RISQ)
Nadine Blanchette-Martin, M. Serv. Soc.	Co-chercheure	Centre de Réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV) Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA)
Francine Ferland, Ph.D.	Co-chercheure	Centre de Réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV) Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA)
Michel Landry, Ph. D.	Co-chercheur	Centre Dollard Cormier – Institut universitaire, Montréal
Nadia L'Espérance, Ph. D.	Co-chercheure	Centre Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

Organisme subventionnaire du projet de recherche : Fond de recherche sur la société et la culture (FQRSC)

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles aux chercheurs responsables et à l'équipe de recherche.

Introduction et objectifs de la recherche

Le but de cette recherche est de documenter la qualité des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation des jeunes ayant des difficultés avec l'alcool ou les drogues. Les résultats obtenus permettront d'améliorer ces services dans les différentes régions du Québec.

Participation

Vous participerez à une entrevue (en groupe ou individuelle, selon les possibilités locales) au sujet de votre expérience en tant qu'utilisateur (en tant que jeune ou parent) de ces services d'accueil/évaluation/orientation des jeunes de votre région. Plus précisément, nous sommes intéressés à connaître votre vision au sujet de la façon dont les jeunes sont accueillis/évalués et orientés, votre degré de satisfaction envers le service, ainsi que votre point de vue au sujet des délais d'attente et des services offerts durant ce délai. L'entrevue est d'une durée d'environ 75 minutes et sera enregistrée sur support audio puis transcrite afin d'être analysée.

Avantages et bénéfices

Votre participation au projet de recherche pourrait favoriser l'amélioration des services concernant l'accueil, l'évaluation et l'orientation des jeunes ayant des difficultés avec l'alcool et les drogues. Elle pourrait nous aider à améliorer ces services.

Inconvénients et risques

Il se peut que votre participation vous rappelle certaines expériences difficiles (e.g., difficultés liées à la consommation ou à la relation parent-jeune). Toutefois, si c'était le cas, nous vous encourageons à en faire part à votre intervenant. Par ailleurs, si vous le souhaitez, une liste de coordonnées de ressources d'aide vous sera remise à la fin de l'entrevue. Vous pourrez faire part de vos préoccupations à la personne qui mène la rencontre actuelle de recherche et elle pourra, au besoin, vous guider dans vos démarches d'aide.

Compensation

Pour cette rencontre, vous recevrez une compensation financière sous forme d'un bon d'achat dans un centre d'achats de votre région d'une valeur de 30$. La compensation financière vous sera remise immédiatement à la fin l'entrevue.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies au cours du projet seront dénominalisées (sans vos noms et sans informations permettant de vous identifier, seul un numéro de recherche vous identifiera) et il sera impossible d'identifier les réponses d'un participant en particulier. Les diverses données seront transcrites dans des fichiers informatiques. Ces données seront ensuite conservées dans un répertoire accessible seulement par les chercheurs de l'équipe et leurs agents de recherche. Les informations nominatives (c'est-à-dire qui permettent de vous identifier) seront séparées des données de recherche et conservées dans un fichier distinct de celui où seront entreposées les données de recherche. Seul le chercheur principal aura accès à ces données nominatives suite à la fin de la collecte de données et la personne qui fera la relance auprès des jeunes, si elle a lieu (un assistant de recherche ou un étudiant pour son projet de mémoire ou de thèse). Les informations nominatives seront conservées pour une période de 36 mois et détruites par la suite.

Il se peut que nous devions permettre l'accès aux données de recherche aux autorités compétentes (agences gouvernementales, comités d'éthique à la recherche ayant évalué le projet, organisme subventionnaire), pour des fins de vérification et de gestion interne.

Les transcriptions des entrevues de même que les bandes audio seront conservées dans un classeur barré, dans le local de recherche du chercheur principal travaillant à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les transcriptions des entrevues seront gardées pour une période de sept années, à partir de la fin du projet de recherche. Au bout de sept années, toutes les données seront détruites, ce qui signifie l'effacement de tous les fichiers informatiques et de leurs copies de sécurité, le déchiquetage de toutes les transcriptions d'entrevues, la destruction de toutes les cassettes d'enregistrement audio et de toutes les copies numérisées de ces enregistrements.

Nous vous demandons de nous donner accès à certaines informations vous concernant, au centre où vous recevez ou avez reçu les services d'accueil, d'évaluation et d'orientation en toxicomanie. Plus précisément, nous désirons connaître les types et la durée des services que vous avez reçus au sein du centre en toxicomanie dans votre région et des centres partenaires.

Si vous prenez part à une entrevue de groupe, vous vous engagez à ne pas discuter de ce qui a été dit lors des entrevues avec vos proches ou d'autres personnes afin d'éviter que ceux-ci ne puissent identifier les participants. Les discussions sont confidentielles et doivent le rester afin de ne pas causer du tort à un ou plusieurs participants.

Analyses secondaires

Nous vous demandons de pouvoir mener des analyses secondaires sur les données de recherche recueillies. Cela signifie que nous sommes intéressés, au cours des sept années de conservation des données suivant la fin

Chercheur principal : Joël Tremblay (118) 659-2170, # 2820 / joel.tremblay@uqtr.ca
Coordonnatrice : Geneviève Demers-Lessard (118) 659-2170, # 2822 / genevieve.demers-lessard@uqtr.ca

du projet actuel, d'analyser les données plus en profondeur, ou parfois sous un angle différent. Ces analyses secondaires seront faites uniquement sous la direction des chercheurs de l'équipe actuelle, souvent avec leurs étudiants. Un nombre limité de projets seront menés (par exemple, environ cinq) et chacun devra être approuvé par des comités d'éthique de la recherche dont le comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CÉRT). Comme mentionné précédemment, toutes les données seront détruites après sept années suivant la fin du projet actuel. Vous pourrez accepter ou refuser ce point, séparément du reste du projet (voir à la fin du formulaire de consentement).

Indemnisation

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis. En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Possibilité de recontacter les jeunes participant au projet

Nous vous demandons (uniquement les jeunes) l'autorisation de vous recontacter, uniquement pour des projets futurs de recherche directement reliés à celui-ci, au cours des 36 prochains mois. Nous pourrions être intéressés à connaître votre parcours de vie, suite à la demande d'aide actuelle, vous questionner au sujet de vos impressions, avec du recul, concernant les services reçus, etc. Vous pourrez accepter ou refuser ce point, séparément du reste du projet (voir à la fin du formulaire de consentement).

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude seront présentés sous forme d'un rapport de recherche, de conférences et d'articles scientifiques, toujours en préservant la confidentialité des données, ce qui implique que votre nom ne sera pas mentionné et que les mesures nécessaires seront prises afin que vous ne puissiez pas être identifié. Vous pourrez recevoir par courriel un résumé des résultats du projet de recherche ou de l'information concernant les publications liées au projet de recherche. Vous pourrez accepter ou refuser ce point, séparément du reste du projet (voir à la fin du formulaire de consentement).

Participation volontaire et droit de retrait

La participation à cette étude est entièrement volontaire de votre part. Vous êtes tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Vous êtes également libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation à cette étude. Votre départ n'entraînera aucune forme de pression de la part des chercheurs, ni de préjudice ou de perte des avantages dans les centres de traitement où vous avez des services.

Pour mettre fin à votre participation à la recherche vous n'avez qu'à le signaler verbalement à la coordonnatrice de la recherche ou au chercheur principal que vous pouvez rejoindre aux numéros notés en bas de page. Advenant le cas où vous souhaitez mettre fin à votre participation à la recherche, les informations déjà recueillies seront détruites et effacées de toutes nos bases de données.

Personnes ressources

Pour toute autre information, vous pouvez rejoindre le chercheur principal Joël Tremblay ou la coordonnatrice du projet de recherche, madame Geneviève Demers-Lessard en téléphonant au (418) 659-2170 poste 2822 ou aux adresses courriel suivantes : genevieve.demers-lessard@uqtr.ca ou joel.tremblay@uqtr.ca

Pour toute plainte au sujet du projet de recherche, veuillez vous adresser à une personne indépendante, identifiée à l'établissement que vous fréquentez :

- Pour le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, monsieur Marc-André Groleau, commissaire aux plaintes et à la qualité des services au (418) 663-5000 poste 4095.
- Pour le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire, madame Monique Perras, commissaire aux plaintes et à la qualité des services, au (514) 212-4315.
- Pour le Centre Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec, monsieur Denis Grenier commissaire aux plaintes et à la qualité des services au (819) 693-3606.
- Pour le Centre Jean Patrice Chiasson, monsieur Jean-Luc Gosselin, commissaire aux plaintes et à la qualité des services au (819) 821-2500, poste 1128.
- Pour le Centre Normand, madame Francine Pelletier, commissaire aux plaintes et à la qualité des services au (819) 732-6521, poste 3243.

Consentement

Participant (adolescent-e)

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte quoique ce soit de la suite des services que je pourrai continuer de recevoir au centre où je consulte actuellement. Je certifie que le projet m'a été présenté et que je suis libre d'accepter de participer sans contrainte ou pression de qui que ce soit. Je consens à participer à ce projet.

J'accepte que des analyses secondaires soient menées sur les données recueillies et ce, uniquement sous la direction des chercheurs de l'équipe.	☐OUI ☐NON ____ Initiales du jeune ____ Initiales du parent ou du représentant légal
J'accepte d'être possiblement contacté(e) pour des projets futurs de recherche directement reliés à celui-ci, au cours des 36 prochains mois. Numéro de téléphone où me rejoindre : _____ Second numéro de téléphone où me rejoindre : _____ Personnes que vous pouvez contacter pour me rejoindre : • Personne #1 : Son nom : _____ • Son numéro de téléphone : _____ • Lien avec cette personne (ex. : ami, frère, etc.) : _____ • Personne #2 : Son nom : _____ • Son numéro de téléphone : _____ • Lien avec cette personne (ex. : ami, frère, etc.) : _____ • Personne #3 : Son nom : _____ • Son numéro de téléphone : _____ • Lien avec cette personne (ex. : ami, frère, etc.) : _____	☐OUI ☐NON ____ Initiales du jeune ____ Initiales du parent ou du représentant légal
Je suis intéressé(e) à recevoir un résumé des résultats du projet de recherche (dans deux années). Voici mon adresse courriel : Sinon, voici mon adresse postale complète :	☐OUI ☐NON ____ Initiales du jeune ____ Initiales du parent ou du représentant légal

_____ Nom du participant(e)

_____ Signature du participant (e)

_____ Date

Chercheur principal : Joël Tremblay (418) 659-2170, # 2820 / joel.tremblay@uqtr.ca
Coordonnatrice : Geneviève Demers Lessard (418) 659-2170, # 2822 / genevieve.demers-lessard@uqtr.ca

Parents (ou représentant légal) du participant adolescent

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire pour le projet qui requiert la participation de mon adolescent(e). Je consens à ce que mon adolescent(e) participe à ce projet. Je sais que mon adolescent(e) est libre de participer au projet et qu'il demeure libre de s'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des services qu'il reçoit et sans contrainte ou pression de qui que ce soit. Je demeure aussi libre de l'en retirer à tout moment aux mêmes conditions. Je pourrai contacter le chercheur principal, Joël Tremblay, ou la coordonnatrice du projet, Geneviève Demers-Lessard, au besoin, pour répondre à toutes mes questions (voir coordonnées en bas de page).

Nom du parent (ou représentant légal)	Signature du parent	Date

Participant (parent)

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal sans que cela n'affecte quoique ce soit de la suite des services que je pourrai continuer de recevoir (si tel est le cas) ou que mon adolescent pourrait recevoir au centre où nous consultons actuellement. Je certifie que le projet m'a été présenté et que je suis libre d'accepter de participer sans contrainte ou pression de qui que ce soit. Je consens à participer à ce projet.

Nom du participant(e)	Signature du participant (e)	Date

Formulaire d'engagement du chercheur

Je certifie que nous avons expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que nous avons répondu à toutes ses questions et que nous lui avons clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom du chercheur	Signature du chercheur	Date

Nom de l'agent(e) de recherche	Signature de l'agent(e) de recherche	Date

ANNEXE II: Formulaire d'assentiment du jeune, projet de mémoire

COPIE DU CHERCHEUR Université Laval

FORMULAIRE D'ASSENTIMENT

- jeunes -

« Rôle du réseau social dans la trajectoire thérapeutique des jeunes vivant des difficultés liées à leur consommation de substances psychoactives »

Présentation du chercheur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise de Geneviève Demers-Lessard, dirigé par Daniel Turcotte, du département de service social à l'Université Laval et codirigé par Joël Tremblay, du département de psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : N° d'approbation 2011-237 / 21-11-2011.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Introduction et objectifs de la recherche

Le but de cette recherche est de documenter le rôle du réseau social (parents, frères, sœurs, amis, professeurs, etc.) dans la démarche thérapeutique des jeunes vivant des difficultés liées à leur consommation d'alcool et de drogues, plus spécifiquement elle vise à explorer quel est le rôle de la qualité des liens que le jeune perçoit de son réseau social dans le fait qu'il demande de l'aide et dans la manière qu'il s'implique dans le traitement (participer, poursuivre, abandonner, etc.).

Participation

Votre participation à cette recherche consiste à participer à une entrevue individuelle, d'une durée environ de 45 minutes à 90 minutes. L'entrevue sera enregistrée sur support audio puis transcrite afin d'être analysée. Elle porte sur différents aspects au sujet de votre expérience en tant qu'utilisateur des services d'accueil/évaluation/orientation du centre de réadaptation en dépendance de votre région, de votre réseau social, de la qualité des liens entretenus avec les personnes significatives de votre environnement et de l'influence que ces relations peuvent avoir sur votre processus thérapeutique.

Avantages et bénéfices

Votre participation au projet de recherche pourrait favoriser l'amélioration des services concernant l'accueil, l'évaluation et l'orientation des jeunes ayant des difficultés avec l'alcool et les drogues. Elle pourrait aider à améliorer ces services.

Étudiante à la maîtrise : Geneviève Demers-Lessard (418) 659-2170, # 2822 / genevieve.demers-lessard.1@ulaval.ca
Directeur de recherche : Daniel Turcotte (418) 656-2131, # 2058 / daniel.turcotte@svs.ulaval.ca
Codirecteur de recherche : Joël Tremblay (418) 659-2170, # 2820 / joel.tremblay@uqtr.ca

Version 14 mai 2012

Inconvénients et risques

Il se peut que votre participation vous rappelle certaines expériences difficiles (e.g., difficultés liées à la consommation ou liées aux relations interpersonnelles). Toutefois, si c'était le cas, nous vous encourageons à en faire part à votre intervenant. Par ailleurs, si vous le souhaitez, une liste de coordonnées de ressources d'aide vous sera remise à la fin de l'entrevue. Vous pourrez faire part de vos préoccupations à la personne qui mène la rencontre actuelle de recherche et elle pourra, au besoin, vous guider dans vos démarches d'aide.

Compensation

Pour cette rencontre, vous recevrez une compensation financière sous forme d'un bon d'achat dans un centre d'achats de votre région d'une valeur de 30$. La compensation financière vous sera remise immédiatement à la fin l'entrevue.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies au cours du projet seront dénominalisées (sans vos noms et sans information permettant de vous identifier, seul un numéro de recherche vous identifiera) et il sera impossible d'identifier les réponses d'un participant en particulier. Les diverses données seront transcrites dans des fichiers informatiques. Ces données seront ensuite conservées dans un répertoire accessible seulement par les l'étudiante à la maîtrise, le directeur et le codirecteur de recherche. Les informations nominatives (c'est-à-dire qui permettent de vous identifier) seront séparées des données de recherche et conservées dans un fichier distinct de celui où seront entreposées les données de recherche. Les renseignements nominatifs seront conservés pour une durée de 24 mois et détruits à la fin de cette durée. Les transcriptions des entrevues de même que les bandes audio seront conservées dans un classeur barré, dans un local d'assistants de recherche à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les données de recherche (sans renseignement nominatif) seront conservées pour une durée de 5 ans et détruites à la fin de cette durée. La destruction des informations se fait comme suit; les fichiers informatiques sont effacés et les informations sous format papier sont déchiquetées.

Le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CÉRT) du Centre Dollard-Cormier et toute autre personne autorisée par la loi peuvent consulter vos dossiers à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous adhèrent à une politique de confidentialité stricte.

Participation volontaire et droit de retrait

La participation à cette étude est entièrement volontaire de votre part. Vous êtes tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Vous êtes également libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation à cette étude. Votre départ n'entraînera aucune forme de pression de la part de l'étudiante à la maîtrise, ni de préjudice ou de perte des avantages dans les centres de traitement où vous avez des services. En acceptant de participer au projet de recherche, vous êtes libre de refuser de répondre à certaines question qui pourraient faire référence à des événements sensibles de votre vie et ce, sans le besoin de vous justifier.

Pour mettre fin à votre participation à la recherche vous n'avez qu'à le signaler verbalement à l'étudiante à la maîtrise que vous pouvez rejoindre aux numéros notés en bas de page. Advenant le cas où vous souhaitez mettre fin à votre participation à la recherche, les informations déjà recueillies seront détruites et effacées.

Étudiante à la maîtrise : Geneviève Demers-Lessard (418) 659-2170, # 2822 / genevieve.demers-lessard.1@ulaval.ca
Directeur de recherche : Daniel Turcotte (418) 656-2131, # 2058 / daniel.turcotte@svs.ulaval.ca
Codirecteur de recherche : Joël Tremblay (418) 659-2170, # 2820 / joel.tremblay@uqtr.ca

Version 14 mai 2012

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude seront présentés sous forme d'un rapport de recherche et possiblement sous forme de conférences, d'articles scientifiques et d'affiches toujours en préservant la confidentialité des données, ce qui implique que votre nom ne sera pas mentionné et que les mesures nécessaires seront prises afin que vous ne puissiez pas être identifié. Vous pourrez recevoir par courriel un résumé des résultats du projet de recherche ou de l'information concernant les publications liées au projet de recherche. Vous pourrez accepter ou refuser ce point, séparément du reste du projet (voir à la fin du formulaire de consentement).

Responsabilité

Par votre participation à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits et ne libérez ni les chercheurs ni l'établissement et le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Surveillance des aspects éthiques

Pour tout renseignement lié à vos droits, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CÉRT) du Centre Dollard-Cormier au 514-385-1232, poste 3205.

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec Geneviève Demers-Lessard, étudiante à la maîtrise, au (418) 659-2170 poste 2822 ou à l'adresse courriel suivante : genevieve.demers-lessard.1@ulaval.ca

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

Assentiment

Participant

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte quoique ce soit de la suite des services que je pourrai continuer de recevoir au centre où je consulte actuellement. J'ai été avisé que les données seraient dénominalisées de manière irréversible et rendues ainsi anonymes après un délai de 24 mois (à l'hiver 2014) et complètement détruites après un délai de 5 ans (hiver 2017). Je certifie que le projet m'a été présenté et que je suis libre d'accepter de participer sans contrainte ou pression de qui que ce soit. Je consens à participer à ce projet.

Je suis intéressé(e) à recevoir un résumé des résultats du projet de recherche (dans environ un an). Voici mon adresse courriel : Sinon, voici mon adresse postale complète: Si cette adresse changeait d'ici la réception des résultats, vous êtes invités à informer l'étudiante de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.	☐OUI ☐NON _____ Initiales du jeune

_____ _____ _____

Nom du participant(e) Signature du participant (e) Date

Engagement du chercheur

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

_____ _____ _____

Nom du chercheur Signature du chercheur Date

Pour toute plainte au sujet du projet de recherche, veuillez vous adresser au Bureau l'Ombudsman l'Université :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec, Qc., G1V 0A6
Renseignements – Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Étudiante à la maîtrise : Geneviève Demers-Lessard (418) 659-2170, # 2822 / genevieve.demers-lessard.1@ulaval.ca
Directeur de recherche : Daniel Turcotte (418) 656-2131, # 2058 / daniel.turcotte@svs.ulaval.ca
Codirecteur de recherche : Joël Tremblay (418) 659-2170, # 2820 / joel.tremblay@uqtr.ca

Version 14 mai 2012

ANNEXE III: Formulaire de consentement parental, projet de mémoire

COPIE DU CHERCHEUR — Université Laval

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARENTAL

- parents -

« Rôle du réseau social dans la trajectoire thérapeutique des jeunes vivant des difficultés liées à leur consommation de substances psychoactives »

Présentation du chercheur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise de Geneviève Demers-Lessard, dirigé par Daniel Turcotte, du département de service social à l'Université Laval et codirigé par Joël Tremblay, du département de psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : N° d'approbation 2011-237 / 21-11-2011.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Introduction et objectifs de la recherche

Le but de cette recherche est de documenter le rôle du réseau social dans la trajectoire thérapeutique des jeunes vivant des difficultés liées à leur consommation de substances psychoactives, plus spécifiquement elle vise à explorer quel est le rôle de l'appréciation subjective du soutien social dans le processus de demande d'aide et dans la persévérance du traitement.

Participation

La participation du jeune à cette recherche consiste à participer à une entrevue individuelle, d'une durée environ de 45 minutes à 90 minutes. L'entrevue sera enregistrée sur support audio puis transcrite afin d'être analysée. Elle porte sur différents aspects au sujet de son expérience en tant qu'utilisateur des services d'accueil/évaluation/orientation du centre de réadaptation en dépendance de sa région, de son réseau social, de la qualité des liens entretenus avec les personnes significatives de son environnement et de l'influence que ces relations peuvent avoir sur son processus thérapeutique. De plus, une analyse secondaire réalisée sur les données recueillies auprès de votre jeune dans le cadre du projet de recherche *Évaluation des Mécanismes d'Accès Jeunesse en Toxicomanie (MAJT)*, dirigé par M. Joël Tremblay, sera menée. Vous et votre jeune aviez par ailleurs déjà consentis, par l'entremise du formulaire de consentement du projet *Évaluation des MAJT*, à ce que des analyses secondaires soient menées sur les données recueillies.

Étudiante à la maîtrise : Geneviève Demers-Lessard (418) 659-2170, # 2822 / genevieve.demers-lessard.1@ulaval.ca
Directeur de recherche : Daniel Turcotte (418) 656-2131, # 2058 / daniel.turcotte@svs.ulaval.ca
Codirecteur de recherche : Joël Tremblay (418) 659-2170, # 2820 / joel.tremblay@uqtr.ca

Version 14 mai 2012

Avantages et bénéfices

La participation du jeune au projet de recherche pourrait favoriser l'amélioration des services concernant l'accueil, l'évaluation et l'orientation des jeunes ayant des difficultés avec l'alcool et les drogues. Elle pourrait aider à améliorer ces services.

Inconvénients et risques

Il se peut que la participation du jeune lui rappelle certaines expériences difficiles (e.g., difficultés liées à la consommation ou liées aux relations interpersonnelles). Toutefois, si c'était le cas, nous l'encourageons à en faire part à son intervenant. Par ailleurs, s'il le souhaite, une liste de coordonnées de ressources d'aide lui sera remise à la fin de l'entrevue. Il pourra faire part de ses préoccupations à la personne qui mène l'entrevue de recherche et elle pourra, au besoin, le guider dans ses démarches d'aide.

Compensation

Pour cette rencontre, le jeune recevra une compensation financière sous forme d'un bon d'achat dans un centre d'achats de sa région d'une valeur de 30$. La compensation financière lui sera remise immédiatement à la fin l'entrevue.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies au cours du projet seront dénominalisées (sans nom et sans information permettant d'identification, seul un numéro de recherche identifiera les participants) et il sera impossible d'identifier les réponses d'un participant en particulier. Les diverses données seront transcrites dans des fichiers informatiques. Ces données seront ensuite conservées dans un répertoire accessible seulement par les l'étudiante à la maîtrise, le directeur et le codirecteur de recherche. Les informations nominatives (c'est-à-dire qui permettent de vous identifier) seront séparées des données de recherche et conservées dans un fichier distinct de celui où seront entreposées les données de recherche. Seul l'étudiante à la maîtrise aura accès à ces données nominatives suite à la fin de la collecte de données. Les informations nominatives (c'est-à-dire qui permettent de vous identifier) seront séparées des données de recherche et conservées dans un fichier distinct de celui où seront entreposées les données de recherche. Les renseignements nominatifs seront conservés pour une durée de 24 mois et détruits à la fin de cette durée. Les transcriptions des entrevues de même que les bandes audio seront conservées dans un classeur barré, dans un local d'assistants de recherche à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les données de recherche (sans renseignement nominatif) seront conservées pour une durée de 5 ans et détruites à la fin de cette durée. La destruction des informations se fait comme suit; les fichiers informatiques sont effacés et les informations sous format papier sont déchiquetées.

Le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CÉRT) du Centre Dollard-Cormier et toute autre personne autorisée par la loi peuvent consulter vos dossiers à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous adhèrent à une politique de confidentialité stricte.

Participation volontaire et droit de retrait

La participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes tout à fait libre d'accepter ou de refuser que votre jeune y participe. Le jeune est également libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Il est libre, à tout moment, de mettre fin à sa participation à cette étude. Son départ n'entraînera aucune forme de pression

Étudiante à la maîtrise : Geneviève Demers-Lessard (418) 659-2170, # 2822 / genevieve.demers-lessard.1@ulaval.ca
Directeur de recherche : Daniel Turcotte (418) 656-2131, # 2058 / daniel.turcotte@svs.ulaval.ca
Codirecteur de recherche : Joël Tremblay (418) 659-2170, # 2820 / joel.tremblay@uqtr.ca

Version 14 mai 2012

de la part de l'étudiante à la maîtrise, ni de préjudice ou de perte des avantages dans les centres de traitement où reçoit ou a reçu des services. En acceptant de participer au projet de recherche, il est libre de refuser de répondre à certaines question qui pourraient faire référence à des événements sensibles de sa vie et ce, sans le besoin de se justifier.

Pour mettre fin à sa participation à la recherche le jeune n'a qu'à le signaler verbalement à l'étudiante à la maîtrise qu'il peut rejoindre aux numéros notés en bas de page. Advenant le cas où le jeune souhaite mettre fin à sa participation à la recherche, les informations déjà recueillies seront détruites et effacées.

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude seront présentés sous forme d'un rapport de recherche et possiblement sous forme de conférences, d'articles scientifiques et d'affiches toujours en préservant la confidentialité des données, ce qui implique que les noms des participants ne seront pas mentionnés et que les mesures nécessaires seront prises afin qu'ils ne puissent pas être identifiés. Vous pourrez recevoir par courriel un résumé des résultats du projet de recherche ou de l'information concernant les publications liées au projet de recherche. Vous pourrez accepter ou refuser ce point, séparément du reste du projet (voir à la fin du formulaire de consentement).

Responsabilité

Par votre participation à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits et ne libérez ni les chercheurs ni l'établissement et le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Surveillance des aspects éthiques

Pour tout renseignement lié à vos droits, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CÉRT) du Centre Dollard-Cormier au 514-385-1232, poste 3205.

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de la participation du jeune, veuillez communiquer avec Geneviève Demers-Lessard, étudiante à la maîtrise, au (418) 659-2170 poste 2822 ou à l'adresse courriel suivante : genevieve.demers-lessard.1@ulaval.ca

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions.

Étudiante à la maîtrise : Geneviève Demers-Lessard (418) 659-2170, # 2822 / genevieve.demers-lessard.1@ulaval.ca
Directeur de recherche : Daniel Turcotte (418) 656-2131, # 2058 / daniel.turcotte@svs.ulaval.ca
Codirecteur de recherche : Joël Tremblay (418) 659-2170, # 2820 / joel.tremblay@uqtr.ca

Version 14 mai 2012

Consentement

Parents (ou représentant légal) du participant adolescent

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire pour le projet qui requiert la participation de mon adolescent(e). Je consens à ce que mon adolescent(e) participe à ce projet. Je sais que mon adolescent(e) est libre de participer au projet et qu'il demeure libre de s'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des services qu'il reçoit et sans contrainte ou pression de qui que ce soit. Je demeure aussi libre de l'en retirer à tout moment aux mêmes conditions. Je pourrai contacter l'étudiante Geneviève Demers-Lessard, au besoin, pour répondre à toutes mes questions (voir coordonnées en bas de page).

_____
Nom du jeune

Nom du parent (ou représentant légal)	Signature du parent	Date

Engagement du chercheur

J'ai expliqué le but, la nature, las avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au parent du participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du parent.

Nom du chercheur	Signature du chercheur	Date

Pour toute plainte au sujet du projet de recherche, veuillez vous adresser au Bureau l'Ombudsman l'Université :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec, Qc., G1V 0A6
Renseignements – Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Étudiante à la maîtrise : Geneviève Demers-Lessard (418) 659-2170, # 2822 / genevieve.demers-lessard.1@ulaval.ca
Directeur de recherche : Daniel Turcotte (418) 656-2131, # 2058 / daniel.turcotte@svs.ulaval.ca
Codirecteur de recherche : Joël Tremblay (418) 659-2170, # 2820 / joel.tremblay@uqtr.ca

Version 14 mai 2012

ANNEXE IV: Lettre d'information envoyée aux parents ou au tuteur légal

Madame, Monsieur,

Tel que vous en avez été informé, votre jeune a participé avec votre consentement au projet de recherche *Évaluation des Mécanismes d'Accès Jeunesse en Toxicomanie*, dirigé par M. Joël Tremblay. Dans le contexte de ce projet de recherche, nous souhaitons vous informer que votre enfant a été sollicité à nouveau et a accepté de participer au projet de recherche intitulé *Rôle du réseau social dans la trajectoire thérapeutique des jeunes vivant des difficultés liées à leur consommation de substances psychoactives*. Ce projet est mené par une étudiante à la maîtrise en Service Social à l'Université Laval Geneviève Demers-Lessard, sous la codirection de messieurs Daniel Turcotte professeur à l'Université Laval et Joël Tremblay professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il s'agit d'un projet de recherche distinct de celui auquel votre jeune a déjà participé. Vous trouverez ci-joint le formulaire de consentement expliquant ce en quoi consiste le projet de recherche pour lequel nous sollicitons aujourd'hui votre consentement pour la participation de votre jeune. Pour toute question, n'hésitez pas à contacter l'étudiante ou l'un des codirecteurs aux coordonnées suivantes:

Nom	Téléphone	Adresse courriel
Geneviève Demers-Lessard, étudiante	418-659-2170 poste 2822	genevieve.demers-lessard.1@ulaval.ca
Daniel Turcotte, codirecteur	418-656-2131 poste 2058	daniel.turcotte@svs.ulaval.ca
Joël Tremblay, codirecteur	418-659-2170 poste 2820	joel.tremblay@uqtr.ca

Merci beaucoup,

Geneviève Demers-Lessard
Étudiante à la maîtrise en Service Social
Université Laval

ANNEXE V: Protocole de la première entrevue, projet *Évaluation des MAJT*

- Expliquer brièvement le projet de recherche et ses objectifs (fait via le formulaire de consentement).
- Situer l'entrevue actuelle à l'intérieur du projet de recherche.
- Vérifier et utiliser l'acronyme ou autre terme désignant les MAJT dans la région de la personne rencontrée, utiliser les mots du jeune.

Entourage et impression a/s consommation et de la consultation

- Parle-moi de ce que les personnes suivantes a) pensent ou font au sujet de ta consommation, et b) de leur rôle dans le fait que tu as consulté.
    - Tes parents / tuteurs
        - Ce qu'ils pensent / font au sujet de ta consommation
        - Leur rôle dans le fait que tu as consulté ou que tu consultes
    - Tes frères / sœurs
        - Ce qu'ils pensent / font au sujet de ta consommation
        - Leur rôle dans le fait que tu as consulté ou que tu consultes
    - Tes amis
        - Ce qu'ils pensent / font au sujet de ta consommation
        - Leur rôle dans le fait que tu as consulté ou que tu consultes
    - Professeurs, professionnels
        - Ce qu'ils pensent / font au sujet de ta consommation
        - Leur rôle dans le fait que tu as consulté ou que tu consultes
    - Autres personnes
        - Ce qu'ils pensent / font au sujet de ta consommation
        - Leur rôle dans le fait que tu as consulté ou que tu consultes

Question générale

- Décris-nous comment cela s'est passé à partir du moment où tu as eu besoin d'aide ou encore à partir du moment où quelqu'un t'a proposé de consulter pour ta consommation jusqu'à aujourd'hui. Pars du début et raconte-nous tous ce que tu as fait, toi et tes parents s'ils sont impliqués, les services tu as reçu ou non, ce que tu en penses, les difficultés rencontrées, ce qui t'a aidé, tout cela jusqu'à aujourd'hui.

Description des MAJT

Ici, on suppose que les jeunes ont eu deux évaluations, dont la DEP-ADO et ensuite l'IGT-Ado, dans des établissements différents et qu'ensuite ils ont été référés vers un centre de traitement ou un service du CRD. Pour le jeune, ces étapes sont possiblement confuses. L'art de l'interviewer est d'utiliser les mots du jeune, de lui faire décrire les étapes qu'il a franchies, tenter d'identifier les établissements fréquentés à partir de son vocabulaire, de ses mots.
Pour démarrer, il est recommandé de faire un petit débroussaillage rapide où on lui demande de nous rappeler les étapes qu'il a franchies. Voici quelques propos possibles:

« On se rencontre parce que tu as reçu des services pour ta consommation. Parle-moi des différentes étapes ou des différentes personnes/intervenants que tu as rencontrés, où les as-tu rencontrés, qu'avez-vous décidé ensemble à chaque étape.
Ensuite, on va reprendre cela plus en détails pour savoir ce qui a été utile pour toi, ce qui a été moins utile, comment on pourrait améliorer le tout.
Toutes tes idées nous intéressent. »

- Quel est le contexte dans lequel un intervenant (ou un professeur) t'a parlé de ta consommation (possiblement un dépistage avec la DEP-ADO)?
    - Quels sont les événements qui ont fait que cette personne-là t'a parlé de ta consommation (si cela a déjà été abordé via la question précédente, ne pas poser la question actuelle)?
    - Est-ce que selon-toi elle a utilisé un questionnaire pour te parler de ta consommation. Connais-tu le nom de ce questionnaire (s'il ne connaît pas le nom, demander de décrire le type de questions, la longueur et on fera la déduction concernant le test utilisé)?
    - Cet intervenant qui a fait l'évaluation, travaillait pour quel établissement (école, CJ, CLSC, etc.)?
- Que s'est-il passé ensuite (possiblement une évaluation spécialisée avec IGT-ADO)?
    - Qui a appelé pour que tu aies une évaluation plus en profondeur (*CRD: utiliser les mots que le jeune comprend pour parler du centre de réadaptation en dépendance*)?
    - Décris-nous comment s'est passée cette deuxième évaluation plus en profondeur, ce que tu as apprécié, ce que tu as moins aimé.
    - Jusqu'à quel point penses-tu que cette évaluation plus en profondeur a été utile ou importante?
    - Combien de temps s'est-il passé entre le moment où tu as vu un intervenant et qu'il t'a proposé de rencontrer un autre centre pour une évaluation plus en profondeur et la date de cette évaluation en profondeur?
    - Quel questionnaire a été utilisé au cours de cette évaluation en profondeur (s'il ne le sait pas, demander plutôt la longueur de l'évaluation, a-t-il été questionné sur les différentes sphères de vie, e.g., santé physique, ses loisirs, sa situation judiciaire, etc…)
    - Vers quel centre as-tu été orientée suite à cette évaluation pour une thérapie?
    - Jusqu'à quel point désirais-tu obtenir les services de ce centre?
    - Est-ce que tu es allé à ce centre?
        - Si non:
            - Qu'est-ce qui fait que tu n'es pas allé à ce centre?
            - Comment les gens de ton entourage (parents, frères/sœurs, amis, professionnels) ont réagi au fait que tu n'es pas allé au centre tel que prévu?

        - Si oui, et encore présent à la ressource
            - Qu'est-ce qui t'a aidé à t'y rendre?
            - Qui t'a accompagné?

                - Quel a été le délai avant de recevoir des services du centre vers lequel tu as été référé?
            - Si oui, mais a abandonné le traitement
                - Qu'est-ce qui fait que tu as quitté ce centre?
                - Quelles démarches ont été faites et par qui suite au fait que tu as quitté ce centre?
                - Si le jeune semble vouloir arrêter ici les services, demander: Comment les gens de ton entourage (parents, frères/sœurs, amis, professionnels) réagissent au fait que tu cesses de consulter
    - Dans quelle mesure le processus de référence/évaluation/orientation a influencé le fait que tu complètes ou non ou en partie le traitement?
- Que crois-tu qu'il arrivera dans l'avenir au sujet:
    - … de ta consommation?... et pourquoi?
        - Arrêter?
        - Réduire?
        - Garder pareil?
        - Augmenter?
    - … des services (centres, thérapie)?
        - Veux-tu continuer tes consultations/thérapie? Pourquoi?
        - Veux-tu consulter ailleurs? Pourquoi?
        - Veux-tu cesser les consultations /thérapie? Pourquoi?
        - Si le jeune semble vouloir cesser les consultations/thérapie, demander: Comment les gens de ton entourage (parents, frères/sœurs, amis, professionnels) réagissent au fait que tu arrêterais de consulter?

Services de soutien en attente de traitement

- As-tu reçu de l'aide (e.g., rencontres ou appels avec un intervenant) entre l'évaluation en profondeur et le début de ta thérapie? Si oui, peux-tu nous décrire l'aide que tu as reçue.

Degré de satisfaction envers le service

- Parles-nous de tes satisfactions et insatisfactions envers (ou forces et limites concernant):
    - la manière dont tu as été accueilli à chaque étape (première rencontre, évaluation en profondeur, centre de thérapie)
    - la première fois que tu as parlé de ta consommation à un intervenant qui t'a proposé d'aller par la suite à une évaluation plus en profondeur (les échanges, le respect, ouverture, liberté, la compétence des intervenants).
    - la rapidité ou non pour rencontrer un intervenant à chacune des étapes
    - la rencontre d'évaluation en profondeur (les échanges, le respect, ouverture, liberté, la compétence des intervenants)
    - la façon dont les intervenants des différents centres ou des différents services se parlent entre eux de toi ou pour te venir en aide.

ANNEXE VI: Protocole de la deuxième entrevue, projet de mémoire

- Que s'est-il passé depuis la première entrevue?
    - Décrire trajectoire (poursuit thérapie ou non, pourquoi?)
    - Événements importants?
    - Incidents?
    - Consommation?

- Décrire une journée type
    - Période consommation
    - Période actuelle

- Qu'est-ce que l'entourage pense/fait au sujet de sa consommation

- Demande d'aide
    - Élément déclencheur
    - Rôle du réseau social

- Explorer le réseau social (famille, amis, intervenants, autres personnes significatives)
    - Préalablement l'entrée en traitement
        - Contacts sur une base régulière?
        - Qualité des liens
        - Satisfaction de ces liens

    - Pendant le traitement
        - Contacts sur une base régulière?
        - Qualité des liens
        - Satisfaction de ces liens
        - A-t-il poursuivi ou non dans les services?
            - Pourquoi?
            - Réactions du réseau social?
            - Rôle du réseau social?
        - Qu'est-ce qui a été ou est le plus aidant?
        - Quelles attitudes de son réseau sont aidantes?

- Qu'est-ce qui a joué un rôle dans le changement?
    - Les services reçus?
    - Liens significatifs avec des personnes?

- Bref historique des services/relations d'aide reçus jusqu'à aujourd'hui

- Que pense-t-il qu'il arrivera dans le futur par rapport à
    - Consommation?
    - Services?

ANNEXE VII: Grille de codification

1. Pré-CRD (avant les services spécialisés)
    1.1. Descriptif
        1.1.1. Bref historique d'aide reçue
        1.1.2. Journée typique de consommation
        1.1.3. Autre descriptif
    1.2. Ce que l'adolescent pense ou fait au sujet de consommation/des services
    1.3. Ce que son réseau social pense ou fait au sujet de consommation/des services
        1.3.1. Parents
        1.3.2. Fratrie
        1.3.3. Amis
        1.3.4. Autres
    1.4. Sources d'influence

2. CRD (MAJT) (entrée dans les services spécialisés)
    2.1. Descriptif
    2.2. Ce que l'adolescent pense ou fait au sujet de consommation/des services
    2.3. Ce que son réseau social pense ou fait au sujet de consommation/des services
        2.3.1. Parents
        2.3.2. Fratrie
        2.3.3. Amis
        2.3.4. Autres
    2.4. Sources d'influence

3. Post-CRD (après le début des services spécialisés)
    3.1. Descriptif
    3.2. Ce que l'adolescent pense ou fait au sujet de consommation/des services
    3.3. Ce que son réseau social pense ou fait au sujet de consommation/des services
        3.3.1. Parents
        3.3.2. Fratrie
        3.3.3. Amis
        3.3.4. Autres
    3.4. Sources d'influence
    3.5. Projections futures
    3.6. Autres